CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA RÉTRODÉVIATION

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA RÉTRODÉVIATION

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

PAR

Le Docteur André HARLAY

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

INTRODUCTION

La rétrodéviation de l'utérus au cours de la grossesse n'est pas aussi rare qu'on le pensait encore dans la première moitié de ce siècle et, sans être très fréquente, présente d'autant plus d'intérêt qu'elle comporte parfois un pronostic fatal. MM. Pinard et Varnier en ont réuni un certain nombre de cas dans lesquels la mort était survenue par urémie, péritonite, septicémie. Aussi lorsque le diagnostic de cette affection aura été établi, pourra-t-on hésiter sur l'opportunité du traitement. Devra-t-on intervenir immédiatement, et si l'on intervient, à quel procédé de réduction devra-t-on recourir de préférence ? Vaudra-t-il mieux agir par le vagin, par le rectum, pratiquer la cœliotomie ? Il est admis qu'un certain nombre de rétrodéviations de l'utérus se réduisent spontanément et définitivement au cours de la grossesse ; cependant, à l'état de vacuité, il existe souvent sur cet organe et le retenant dans une position vicieuse des brides qu'un redressement manuel ne peut détruire ; n'en va-t-il pas être de même si l'utérus devient gravide et ne va-t-on pas être contraint alors de sectionner ces brides après ouverture de la cavité abdominale ? M. Jacobs, de Bruxelles, a rapporté onze observations de rétrodéviations pour lesquelles il avait dû intervenir ainsi. Mais à côté de ces faits, combien sont nombreux les cas où la cœliotomie n'a pas été jugée nécessaire et dans lesquels cependant la grossesse a continué à se développer à la suite de traitements moins violents.

La rétrodéviation de l'utérus à l'état de vacuité paraît donc différente de celle de l'utérus gravide. Sans doute on a pu invoquer que l'allongement des brides pendant la grossesse permet à l'utérus de se développer, c'est une cause qui favorise la réduction dans certains cas, mais le gynécologiste peut avoir d'autres raisons de croire que la cœliotomie pour rétrodéviation de l'utérus

gravide est rarement nécessaire. Il faut en effet distinguer deux sortes de rétrodéviations à l'état de vacuité : les unes douloureuses surviennent à la suite de lésions annexielles, telles que le développement de l'œuf dans l'intérieur de l'utérus devient impossible ; les autres, au contraire, non douloureuses, n'opposeront aucun obstacle à la fécondation sauf rares exceptions et seront facilement réductibles. L'intervention manuelle suffirait donc le plus souvent, et la cœliotomie ne s'imposerait guère que si des lésions indépendantes de l'utérus empêchent toute réduction, sauvant alors la mère d'accidents graves, parfois mortels et rendant possible l'évolution de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

1° Utérus à l'état de vacuité.

Nous n'avons pas à rappeler ici les longues discussions et les recherches multiples entreprises par les médecins et les anatomistes sur la situation et la direction de l'utérus à l'état normal. Des travaux de Boullard, Verneuil, Depaul, Cusco, Gosselin, Bernutz... il résulte que cet organe est le plus souvent en antéversion légère et un peu en antéflexion. Nous ne pouvons faire une étude des rétroflexions ni des rétroversions en général ; il nous suffira de savoir que l'utérus peut être dévié en arrière dans un certain nombre de cas.

La déviation peut être congénitale : Soudry sur 71 enfants trouvait 19 rétrodéviations de l'utérus, Bernutz sur 30 autopsies en rencontrait 4 cas ; Lorain sur 25 enfants en a signalé 2. Symington (*The anatomy of the Child.*, 1887), en trouvait 3 sur 5 enfants, Amussat en a signalé 1 cas. Ce sont là des proportions très différentes. Avec Bernutz, Depaul et Gosselin, nous pouvons admettre que ces déviations se corrigent souvent avec la croissance, ce qui les fait considérer par M. Pozzi comme rares chez l'adulte. Amussat pensait que peut-être il fallait dans ces cas en attribuer la cause à une disposition spéciale du péritoine qui se réfléchissant du rectum sur l'utérus s'arrête sur le fond de cet organe à une plus grande distance du col qu'à l'état normal, d'où il résulterait que le fond de l'utérus comprimé directement par les intestins qui pèsent sur lui serait entraîné en bas dans les efforts d'expulsion. Le manque de tonicité de l'appareil suspenseur de l'utérus est une cause généralement admise. Quoi qu'il en soit, ces déviations, si elles ne sont pas fréquentes, n'en existent pas moins.

D'autres fois, l'utérus, qui à l'état normal et par suite de ses rapports jouit d'une certaine mobilité, se trouve en équilibre instable, prêt, sous les différentes pressions qui lui sont transmises par la masse intestinale, à se porter en avant ou en arrière, c'est ce que Cruveilhier et Aran appellent état indifférent de l'utérus, utérus en ballottement de Velpeau, utérus oscillant de Pozzi. Il est clair que des utérus ainsi rétrodéviés seront très facilement réduits s'ils viennent à déterminer par leur déplacement quelques malaises puisqu'ils ne sont retenus par aucune adhérence. Mais en sera-t-il toujours de même ? M. Tillaux a rapporté (*Ann. de gyn.*, déc. 1889) une observation de rétroflexion accidentelle de l'utérus survenue à la suite d'un effort chez une femme n'ayant aucun antécédent pathologique et qui est la suivante :

Obs. — Femme de 37 ans, cuisinière. Réglée à 13 ans, normalement, jamais d'hémorrhagies. Accouchement il y a dix ans, sans complication. Pas de fausse couche. Santé parfaite jusqu'à la maladie actuelle.

Le 22 septembre 1889, elle fit un violent effort pour tirer un lit; aussitôt, elle ressent une vive douleur dans le bas-ventre, sensation pénible de pesanteur du côté du rectum. Les règles apparurent huit jours avant l'époque habituelle, durèrent onze jours et les douleurs persistèrent durant tout ce temps. Il survint ensuite un peu de calme sans que cependant la malade cessât de souffrir. Les douleurs se manifestaient surtout au moment des selles et persistaient quelque temps après.

Depuis trois semaines, l'état s'était sensiblement aggravé ; les douleurs durent cinq ou six heures après la selle et la malade les compare à une sensation de déchirement dans le bas-ventre. La station debout est très pénible et au bout d'une heure, la femme éprouve dans le bas-ventre une sensation de brûlure qui l'oblige à se recoucher. Elle ne peut reposer autrement que sur le dos et dès qu'elle se tourne sur l'un ou l'autre côté, les douleurs augmentent. Ces douleurs sont principalement localisées à droite dans la région ovarienne. La pression en ce point est intolérable sans qu'on puisse à l'aide du palper en trouver l'explication.

Le ventre n'est pas ballonné ; il est de volume ordinaire et sonore sur toute son étendue. La miction est normale.

La malade n'a pas de fièvre et l'appétit est conservé.

Au toucher, le col présente une direction sensiblement normale quoique cependant légèrement porté en avant vers le pubis. L'orifice est un peu élargi, déchiqueté. On n'arrive pas à sentir le corps de l'utérus par le palper bimanuel. Par contre, l'exploration du cul-de-sac postérieur nous fournit des notions précises ; nous y constatons la présence

d'une tumeur ferme, lisse, arrondie, en continuité manifeste avec le col. Ces deux parties forment entre elles un angle obtus très facilement appréciable au doigt. La pression exercée en ce point détermine une douleur vive, mais, caractère important à noter, la tumeur se déplace, fuit sous le doigt, est réductible.

Le toucher du cul-de-sac postérieur révèle encore autre chose : à gauche de la tumeur, on trouve une seconde tumeur indépendante de la première dont elle est séparée par un sillon perceptible au doigt. Cette seconde tumeur plus petite que la précédente, du volume d'une noix environ, lisse et arrondie, présente une sensibilité exquise.

Rien d'analogue dans le cul-de-sac droit.

Le toucher rectal permet de constater l'existence des deux tumeurs précédentes et il est douloureux lorsque le doigt arrive à les rencontrer. Pas d'hémorrhoïdes. Anus sain, sans fissure.

Donc rétroflexion de l'utérus avec léger degré de rétroversion, instantanée, sans inflammation ni de l'utérus, ni des annexes.

Redressement au moyen de l'hystéromètre. Cessation des accidents.

Quatorze jours après le redressement, le corps utérin est de nouveau retrouvé reporté en arrière, mais sans déterminer aucun symptôme.

Que résulte-t-il de cette observation ? Si la rétroflexion persiste encore après la réduction sans déterminer aucun symptôme, comment expliquer les troubles qui ont amené la malade à consulter sinon par une striction exercée par les ligaments utéro sacrés sur le corps utérin qui a forcé l'anneau formé par ces ligaments au-dessus du cul-de-sac de Douglas ?

M. Schwartz a publié dans les *Annales de gynécologie* (oct. 1894, XIII, p. 241-247) une observation de laparotomie pratiquée dans un cas de rétroflexion de l'utérus dont la cause nous paraît être la même que dans l'observation précédente.

Obs. — Femme de 27 ans, envoyée à l'hôpital Cochin au mois de décembre 1891 pour une affection utérine grave.

Elle a été réglée régulièrement à l'âge de douze ans.

Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, accouchement à terme pénible. Elle s'est levée le 25e jour. C'est de cette époque que datent des douleurs dans le ventre, des règles irrégulières très abondantes durant de dix à douze jours avec pertes blanches dans leur intervalle.

Les dernières règles sont survenues le 27 novembre. Depuis trois mois, la malade est alitée ; il lui est impossible de se lever, à plus forte raison de se livrer à la moindre occupation. Même alitée, elle souffre dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle demande qu'on la délivre par n'importe quelle intervention de ses douleurs incessantes.

L'examen pratiqué deux ou trois jours après son entrée nous permet de constater au toucher du prolapsus utérin avec une rétroflexion très accentuée ; le cul-de-sac postérieur est rempli par le fond de l'utérus qui est très douloureux et absolument immobile. Le cul-de-sac latéral droit est normal, mais un peu douloureux à la pression ; à gauche, rien d'anormal. Le spéculum nous montre un col un peu rouge, légèrement entr'ouvert. L'hystéromètre flexible de Terrillon affirme une rétroflexion considérable et une augmentation de longueur de la cavité utérine qui mesure 8 cent. 1/2.

Aucun écoulement anormal après le cathétérisme.

Les autres organes sont sains ; l'état général est satisfaisant en dehors de quelques manifestations réflexes sur le tube digestif.

Pasde troubles urinaires ni rectaux.

Notre diagnostic fut rétroflexion adhérente avec ovaro-salpingite droite. Avant d'entreprendre une intervention plus sérieuse, nous essayons le redressement de l'utérus, la femme en situation latérale, par les manœuvres bimanuelles, l'hystéromètre : le fond ne bouge pas et reste collé dans le cul-de-sac postérieur ; la malade se plaint de douleurs très vives pendant et après ces manœuvres.

C'est alors que nous proposons la laparotomie, convaincus que l'état douloureux dépendait autant sinon plus des lésions annexielles que de la déviation utérine elle-même.

Le 24 décembre, la laparotomie est pratiquée. Sous le chloroforme, nous essayons encore la mobilisation du fond de l'utérus, son redressement ; il résiste à toutes les tentatives.

L'abdomen ouvert, nous allons à la recherche de l'utérus. Celui-ci est absolument infléchi en U. Le fond est dans le cul-de-sac de Douglas et solidement enclavé, si bien que nous annonçons à nos assistants d'assez grandes difficultés pour le détacher de ses adhérences probables ; à peine avons-nous introduit les deux doigts de la main gauche au fond du cul-de-sac entre lui et le fond de la matrice que celle-ci se redresse spontanément comme mue par un ressort ; le corps reprend sa direction normale et les essais de la reporter en arrière restent infructueux. En somme, nous avions la sensation très nette d'un corps élastique fixe, brusquement détaché et reprenant d'emblée sa situation normale.

L'examen des annexes nous montre que contrairement à ce qu'avaient indiqué les signes fonctionnels (douleurs surtout à droite), c'est à gauche que siègent les lésions les plus prononcées.

Les annexes droites me paraissant saines sont laissées en place ; par contre, à gauche, l'ovaire est occupé par un kyste gros comme une noix qui a détruit presque tout le tissu de l'organe ; la trompe gauche épaissie est parsemée de petits kystes sous-séreux. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Ligature de Lawson-Tait. Section au thermocautère. L'utérus n'ayant aucune tendance à retomber en arrière, on ne

fait pas l'hystéropexie, mais on a soin, la paroi abdominale refermée sur les intestins, et l'épiploon placé devant, de faire un tamponnement du cul-de-sac antérieur avec de la gaze iodoformée, qui force le col à regarder le sacrum.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

La malade se lève le 18 janvier ; depuis l'opération, elle n'a plus souffert du ventre. L'utérus reste en situation normale ; par précaution, je lui fais porter un pessaire de Hodge qu'elle quitte au bout de six mois.

Je croyais cette jeune femme bien et dûment guérie, quand elle revint me trouver au bout de quelques mois en 1893 et je constatai que, s'il n'y avait plus de rétroflexion proprement dite, il existait sans aucun doute une rétroversion, légère il est vrai, mais indiscutable, cause de quelques tiraillements dans le ventre et les reins, lorsqu'elle veut se livrer à des occupations fatigantes.

Depuis, je lui fais porter un pessaire de Menière à rétroversion qui la maintient réduite et lui permet d'exécuter tous ses travaux de ménage sans inconvénient et sans fatigue.

On s'explique avec peine comment le redressement s'est produit si facilement après ouverture de la cavité abdominale quand M. Schwartz n'avait pu l'obtenir dans ses tentatives si l'on n'admet pas la raison invoquée dans l'observation précédente. Quoi qu'il en soit, cet utérus à ressort nous paraît en général facilement réductible par les moyens ordinaires, réduction par le vagin. Ce sont des cas de rétrodéviation libre dans lesquels l'utérus est dévié par suite du relâchement de ses ligaments, parfois aussi par coudure au niveau de l'isthme.

D'autres déviations ne déterminent souvent aucun symptôme ; ce sont celles qui sont dues à des adhérences produites par des lésions légères de l'utérus ou de ses annexes ; ces lésions se sont éteintes depuis un certain temps laissant quelques brides cicatricielles qui unissent le plus souvent le fond de l'utérus au rectum et déterminent ainsi le déplacement ; elles sont généralement indolentes, constituant des lésions de guérison acquises et bien tolérées. Ces mêmes adhérences peuvent se produire par simple irritation du péritoine dans une rétrodéviation qui était libre d'abord. Il est évident que, dans ces cas, l'utérus ne pourra être ramené dans sa situation normale sans quelques efforts et quelques douleurs, cependant on pourra rompre ces adhérences en forçant l'organe à basculer en avant.

Mais si l'infection, cause de ces néoformations péritonéales, a été plus intense, si elle a déterminé une vive réaction inflammatoire de l'utérus et de ses annexes, tout le péritoine pelvien a été atteint et des adhérences solides se sont formées entre la face postérieure et le fond de l'utérus d'une part avec le rectum et le péritoine pariétal d'autre part, adhérences qui, par leur rétraction, attirent et fixent dans le cul-de-sac de Douglas l'utérus et ses annexes, ces dernières présentant alors des lésions qui en nécessitent la plupart du temps l'ablation. Dans de tels cas, toutes les manœuvres de réduction seront vaines et la seule intervention indiquée sera la rupture ou la section de ces adhérences par cœliotomie, si les lésions n'imposent pas l'oophoro-salpingectomie ou l'hystérectomie.

2° Utérus gravide.

Ces différents états de l'utérus étant admis, on peut se demander ce que va devenir l'organe gestateur après la fécondation.

Il est un fait d'observation bien connu des accoucheurs et considéré par eux comme fréquent, c'est qu'une femme atteinte de rétrodéviation libre non seulement peut devenir enceinte, mais la plupart du temps peut mener sa grossesse à terme sans accident. Les deux observations suivantes viennent confirmer cette opinion :

Obs. 1. — Pajot, citée dans *Bulletin et Mém. de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1892, page 169. — Une femme de 30 ans, grande et forte, avait une rétroversion telle que le fond de l'utérus dépassait le col de 2 centimètres. Elle avait consulté tous les gynécologues d'Europe pour savoir si, avec cette déviation, elle pouvait avoir une grossesse ; tous avaient répondu négativement, sauf Scanzoni qui avait répondu que, du moment que l'écoulement menstruel se faisait bien, la fécondation n'était pas impossible. Par le toucher simple, je constatai la déviation et fis la même réponse que Scanzoni. Quatre mois plus tard, après avoir monté rapidement un étage, la malade ressentit une douleur vive dans le ventre, défaillance, etc... ; appelé en hâte, je constate une grossesse de plus de 4 mois, c'est-à-dire ayant commencé

8 à 10 jours avant mon premier examen. Je pus me féliciter de n'avoir pas pratiqué le cathétérisme fort en vogue alors.

Après l'accouchement, très normal d'ailleurs, je conseillai, dans le but de guérir la rétroversion, le séjour au lit pendant 4 mois. La rétroversion ne s'était pas reproduite, mais 4 ans plus tard, ayant revu la malade, je constatai de nouveau la déviation, ce qui prouve qu'il n'est pas facile de redresser les utérus et ce qui n'empêcha pas la malade de bien conduire une nouvelle grossesse.

Obs. 2, due à l'obligeance du Dr Paquy. — Rétroflexion de l'utérus constatée en décembre 1896. Dernières règles du 18 au 25 septembre 1897. Grossesse sans incident. Accouchement le 9 juillet 1898.

Dans de tels cas en effet, l'utérus augmentant de volume se redresse et dans son mouvement ascensionnel se dégage peu à peu du bassin. Jacquemier cherchait la cause de ce mécanisme dans l'abaissement subi par l'utérus pendant les premiers mois de la grossesse, mais MM. Tarnier et Pinard ne l'ont jamais constaté, et s'il existait, comment alors se produirait le redressement, c'est ce que Jacquemier n'explique pas. Ne vaut-il pas mieux invoquer les effets produits par la gravidité sur l'appareil génital : tandis que l'on observe dans l'utérus une augmentation de volume et de nombre de ses fibres musculaires lisses, des modifications identiques se passent dans les annexes : les ligaments ronds prennent une plus grande tonicité, se rétractent, leurs éléments musculaires deviennent plus nombreux et s'hypertrophient ; les ligaments larges sont également le siège d'un travail hyperplasique ; tout l'appareil suspenseur de l'utérus se tend, acquiert une vigueur nouvelle en rapport avec l'augmentation progressive du volume de l'œuf et combine ainsi ses forces pour ramener en avant le fond de l'organe. En outre la tension même des parois utérines tend à ériger le corps sur le col. Si l'œuf s'accroît trop rapidement, s'il est volumineux ou si sa présence coïncide avec celle d'une tumeur fibreuse dans le fond de l'organe, la réduction spontanée pourra être singulièrement entravée ; il en sera de même si l'utérus a été surpris par la grossesse dans la sangle des ligaments utéro-sacrés ; mais on réduira toujours facilement une telle déviation même dans le cas d'enclavement ; l'utérus étant sou-

tenu uniquement par des parties molles pourra être mobilisé suffisamment pour être ramené dans sa situation normale à moins qu'il n'existe des déformations considérables du bassin.

Si, comme on l'a vu, l'utérus en rétrodéviation libre se réduit souvent spontanément par le fait même de la gravidité, on pourrait penser à priori que les adhérences lorsqu'elles existent vont s'opposer à son expansion si elles ne donnent pas lieu à des ruptures utérines ou rectales. Tel était l'avis de Boivin et Dugès. Pour eux, l'utérus augmentant de volume réveille une inflammation locale par suite des tractions qu'il exerce sur ces adhérences et détermine la formation d'abcès au voisinage du vagin et du rectum, d'où mort inévitable. Ordinairement cette déplorable suite est précédée de l'avortement et c'est du troisième au cinquième mois qu'il se déclare, précédé et suivi d'hémorrhagies et de tous les signes de la métrite.

Amussat pensait que ces brides cicatricielles devaient être plus fréquentes qu'on le croyait. Pour Bernutz, elles restent solides et inextensibles. Pour Charles qui les croit rares, elles s'allongent probablement au cours de la grossesse. Il est en effet un peu surprenant, lorsqu'on pense au nombre de femmes qui ont pu être atteintes de métrite et de périmétrite, de trouver si rarement les accidents signalés par Boivin et Dugès. Combien d'entre elles en effet accouchent à terme sans avoir présenté le moindre accident au cours de leur grossesse et cependant si un examen avait été pratiqué avant la conception, combien de fois n'eût-on pas trouvé l'utérus adhérent au rectum, la périmétrite étant suivant M. Pierre Delbet la cause la plus fréquente des rétrodéviations.

MM. Pinard et Varnier ont donné l'explication de ce fait. Pour eux, la fréquence et le rôle des adhérences utérines ont été très exagérés. Se ralliant à l'avis de Duncan, Barnes et Spiegelberg et s'en rapportant à ce qu'a pu leur fournir leur expérience personnelle à ce sujet, ils ont la conviction que ces néoformations se ramollissent, s'atrophient, s'élongent et se résorbent ; elles acquièrent des propriétés tout à fait comparables à celles des fibromes sous-muqueux et interstitiels qui deviennent extensibles et sem-

blent assimiler leurs éléments à ceux de l'utérus gravide. Ces adhérences en effet, fibrineuses au début, sont devenues plus tard conjonctives ; ne doit-on pas les considérer comme faisant partie de la trame conjonctive péritonéale et sous-péritonéale et penser qu'elles vont subir la même action que ces dernières. Pendant la grossesse, le péritoine augmente d'épaisseur, il peut donc emprunter pour son développement une partie des éléments conjonctifs néoformés ; il adhère moins à l'utérus, le tissu cellulaire sous-jacent jouit donc d'une élasticité plus grande ; pourquoi les fibres conjonctives qui lui sont connexes ne se relâcheraient-elles pas et n'acquerraient-elles pas aussi plus de souplesse. Enfin, lorsqu'ainsi ramollies et tendues sans cesse par l'utérus en expansion elles n'ont pas une longueur suffisante, il arrive forcément un moment où elles se rompent. Aucun fait ne peut nous autoriser davantage à croire à ces transformations que les observations suivantes :

Obs. 3 (inédite) due à l'obligeance du D[r] Porak, accoucheur des hôpitaux. — Mme P..., mariée en novembre 1889, devient enceinte en février 1890 et après une grossesse troublée seulement par des nausées et des douleurs abdominales, accouche le 30 octobre d'une fille qui pèse 2200 grammes. Les suites de couches sont bonnes à part deux jours de fièvre.

En décembre 1891, elle se plaint de pertes blanches qui ont fait leur apparition après l'accouchement. Les règles qui auparavant n'étaient pas régulières le sont devenues et sont même retardées depuis quelques mois en même temps que les pertes sont plus abondantes. Mme P... se fatigue vite et éprouve de fréquentes envies d'uriner. Le 14 janvier 1892, M. Porak constatant que l'utérus un peu gros est en rétroposition, que le col utérin et le vagin sont rouges et douloureux, prescrit des tampons imbibés d'un mélange d'ichthyol et de glycérine et des injections chaudes prolongées.

Une nouvelle grossesse survient en 1893 ; les dernières règles faisant leur apparition du 4 au 8 novembre. Conception le 10 novembre.

En février 1894, l'utérus gravide est trouvé en rétroflexion, il est très difficilement réduit et se replace du reste facilement dans sa position vicieuse malgré le décubitus abdominal, les lavements et les laxatifs.

Au milieu de la nuit du 9 février, Mme P.... éprouve des douleurs très vives. M. Porak constate alors que l'utérus est en antéversion et le lendemain il le trouve en antéflexion aussi prononcée que l'était au-

paravant la rétroflexion, le segment inférieur de l'utérus ayant joué le rôle d'une véritable charnière.

La grossesse évolue alors d'une façon normale, à part un peu de cystite au mois de juillet, jusqu'au 13 août 1894, jour où Mme P... accouche d'un garçon du poids de 2515 grammes.

Au mois de décembre suivant, les règles ont repris leur cours régulier, mais les pertes blanches ont apparu de nouveau. L'utérus de volume normal est en rétroposition et flexion légère, un peu douloureux au toucher. On ordonne des injections chaudes.

Mme P... devient enceinte une troisième fois à la fin de l'année 1895 (dernières règles du 10 au 15 décembre) ; elle éprouve de nouveau pendant les trois premiers mois de la grossesse des malaises dus à une rétroversion de l'utérus. La réduction est obtenue à l'aide du massage et de la position dans le décubitus abdominal fréquemment répétés. La grossesse évolue dès lors normalement pour se terminer le 21 septembre 1896 par l'expulsion d'un garçon du poids de 3350 grammes, né en état de mort apparente, mais facilement ranimé.

Obs. 4. — Engstrom, [*Finska lakaresallsk handlung*, 1893, Helsingfors. — II*pare. — Utérus rétrofléchi à l'état de vacuité et fixé à la paroi postérieure du bassin.* — Dans le 3e mois de la grossesse, on essaya à plusieurs reprises de remettre l'utérus en bonne place, mais sans succès. Plus tard, au 4e mois, l'utérus reprit sa position normale après le repos au lit. La grossesse évolua jusqu'à terme sans accident.

Ces observations semblent donc bien confirmer l'opinion émise par MM. Pinard et Varnier et, avec Tarnier, on peut dire que lorsque la grossesse surprend un utérus fixé en rétroversion, les adhérences tendent à se ramollir pour laisser celui-ci reprendre sa direction normale. M. Jacobs ajoute même que ce phénomène se produit dès les premières semaines. Il est alors permis de penser que si les adhérences ne subissent pas une transformation assez rapide, elles pourront d'abord causer quelques tiraillements, ce qui explique bien les douleurs ressenties par la malade de M. Porak et que si elles ne cèdent pas d'elles-mêmes, en intervenant on pourra achever leur rupture ; alors la réduction sera facilement obtenue par l'opérateur. Que si ces adhérences sont plus épaisses, elles nécessiteront une force plus grande ou prolongée pour être détruites ; c'est ce que l'on peut constater dans les observations suivantes :

Obs. 5. — Herman L. Collyer, M. D., *New-York Journal of Gynäcology and Obstetrics*, july 1894, p. 20, cas II.— Mme F..., 31 ans, mariée pendant 12 ans, a eu trois enfants dans les cinq premières années de son mariage. L'accouchement fut normal, mais fut suivi d'une affection de l'utérus qui s'accompagna de stérilité pendant sept ans. Menstruation régulière tous les trente-deux jours. Douleurs constantes dans le dos et dans l'abdomen, difficulté de la marche et constipation quelquefois ; en outre céphalalgie frontale s'accompagnant quelquefois de convulsions épileptiformes quand la malade était surmenée physiquement et intellectuellement.

L'examen révéla un *utérus fortement rétrofléchi avec adhérences postérieures solides*. Les ovaires déplacés latéralement et augmentés de volume nageaient dans une sorte d'exsudat, le droit étant manifestement plus volumineux que le gauche. Le fond de l'utérus était au niveau de l'orifice du col, formant une saillie dans le cul-de-sac postérieur, appuyant sur le rectum contre la concavité du sacrum. L'utérus était volumineux et très adhérent.

Le traitement, consistant dans l'application de tampons glycérinés deux fois par semaine, produisit quelque effet, mais le pessaire de Thomas-Cutter lui fut substitué, puis bientôt remplacé par un « bulb-pessary » qui maintint l'utérus relevé.

En février 1889, on fit le diagnostic de grossesse à la septième semaine, les dernières règles ayant apparu le 14 décembre. L'examen montrait une augmentation de volume notable de la corne gauche de l'utérus, à l'insertion tubaire, ce qui amena l'auteur à craindre une rupture possible de la trompe ou de l'utérus.

A la dixième semaine de la grossesse, l'utérus présentait le volume élargi symétriquement de son fond, si caractéristique pendant la grossesse. A mesure que la grossesse évoluait, l'utérus se développait d'une façon anormale suivant son diamètre antéro-postérieur, déterminant des douleurs qui cessèrent un peu grâce à l'emploi du viburnum prunifolium, et qui nécessitèrent parfois même l'emploi de la morphine jusqu'au cinquième mois. A partir de cette époque de la grossesse, les douleurs cessèrent sauf au moment où auraient dû apparaître les règles. Le pessaire fut enlevé après le quatrième mois ; le vagin fut tamponné à la gaze iodoformée qui resta cinq jours en place. A mesure que l'utérus se développait, on constatait que les ovaires, augmentés de volume occupaient leur situation normale, donnant souvent naissance à des douleurs quand on les pressait par mégarde.

Le 21 septembre, début du travail, troublé par une convulsion épileptiforme. Convalescence normale.

Le pessaire fut maintenu encore huit mois et ensuite guérison.

Obs. 6. — Herman L. Collyer, M. D., *New-York Journal of Gynäcology and Obstetrics*, july 1894, p. 22, cas III. — Mme K..., 32 ans, 4 en-

fants, 5 avortements ensuite. Souffrait continuellement du ventre de-puis le dernier accouchement. Suites de couches septiques. Chaque avortement semblait ajouter encore à ses souffrances. Le dernier avait eu lieu trois ans auparavant.

Au moment de l'examen, *l'utérus* fut trouvé *rétroversé et adhérent en arrière*. En outre endométrite hyperplasique. L'ovaire droit est augmenté de volume. Déchirure du périnée.

Après quelques mois de traitement, l'utérus fut remis en place et la malade entra dans un hôpital pour y être opérée.

En mars 1891, on constate : déchirure du périnée. *Rétroflexion de l'utérus gravide à la septième semaine avec adhérences postérieures.* Augmentation de volume de l'ovaire droit. Même traitement que dans l'observation précédente.

La grossesse évolue à terme. Accouchement le 25 novembre 1891.

Suites de couches normales. Un pessaire de Schmit fut mis en place, gardé six mois.

Obs. 7. — Hamon, *Revue de chir. méd. chir.*, 1875. Charles, obs. CXII. — Rétroversion au 5e mois de la grossesse. Rétention d'urine.

Réduction au moyen d'un doigt introduit dans le rectum (décubitus dorsal, siège élevé).

L'utérus avait contracté déjà de *solides adhérences* qui ne purent être rompues que par une pression énergique. Ces ruptures s'accompagnèrent d'un bruit assez intense pour être perçu par les assistants. Suites heureuses pour la mère et pour le produit de conception.

Obs. 8. — Favrot, *Gazette médicale*, 1852, p. 438. — Rétroversion de l'utérus considérablement engorgé avec *adhérences* maintenant l'organe dans sa position vicieuse. Application du réducteur à air.

Le 4e jour, les adhérences s'étaient suffisamment allongées pour permettre à l'utérus de reprendre sa position.

Obs. 9. — Amussat, obs. II. — Pinard et Varnier, obs. I, ch. I. — Femme de 38 ans, 2 accouchements antérieurs. Après le 2e accouchement, métro-péritonite suivie de rétroversion utérine.

Au 3e mois de la 3e grossesse, la rétroversion persiste. Amussat tente en vain de réduire, à l'aide d'un examen attentif il sentit au fond du vagin des brides dans lesquelles le doigt s'accrochait, mais l'utérus était libre à droite. Amussat résolut d'agir de manière à faire tourner l'utérus du côté opposé. Ayant répété plusieurs fois et très énergiquement ses tentatives en remontant l'utérus et en lui faisant exécuter un mouvement de torsion, il parvint à remettre l'organe dans sa position naturelle. Grossesse à terme.

Deux ans plus tard, 4e grossesse, douleurs utérines pendant huit jours, avortement de 2 mois environ. Amussat put constater plus tard que l'utérus était toujours en rétroversion.

Si l'utérus, dans son expansion croissante, ne peut venir à bout de la résistance qu'offrent les adhérences ou si l'on n'intervient pas utilement, l'avortement sera inévitable et parfois à une conception suivante, le travail de rupture spontanée de ces brides se terminant, l'utérus pourra se redresser de lui-même et la grossesse évoluer à terme comme dans les observations ci-dessous.

Obs. 10. — Herman, L. Collyer, M.D., *New-York Journal of Gynäcology and Obstetrics*, july 1894, p. 18, cas I. — Mme B..., 26 ans, consulte en janvier 1887, mariée pendant quatre ans et demi, avait eu quatre grossesses :

La première à terme, santé parfaite jusqu'à la naissance de son enfant un an après le mariage. Délivrance artificielle pratiquée par une sage-femme. Suites de couches fébriles, avec douleurs, longue convalescence. Depuis, ne s'est jamais aussi bien porté qu'auparavant.

Les trois dernières grossesses terminées par un avortement ; le dernier au troisième mois. Depuis, règles régulières, mais abondantes avec douleurs.

Dernières règles le 1er avril 1887. En mai, la femme se croit enceinte, fait qui est confirmé par le toucher qui fait reconnaître en outre que l'utérus est *rétroversé*, et se trouve maintenu dans cette situation par des *adhérences solides*, fixant postérieurement le fond de l'utérus contre le promontoire et le sacrum. A droite, en dedans du ligament large, on sentait une adhérence encore plus volumineuse. Il y avait en outre un peu de prolapsus et le col était déchiré. Le fond de l'utérus était manifestement élargi, présentant les signes d'une grossesse récente.

Malgré tous les efforts tentés pour la réduction en vue de diminuer les douleurs, on ne peut remettre l'utérus en place. Avortement en juillet, sans soins médicaux. Quelques semaines après, endométrite marquée et infiltration des deux ligaments larges. Tamponnement vaginal à la glycérine et cautérisation du col à la teinture d'iode.

En octobre, curettage, tamponnement à la gaze iodoformée. Essais de réduction de l'utérus sans résultat. Règles normales ensuite.

En janvier 1888 nouveau début de grossesse. Les adhérences postérieures se relâchèrent notablement. Tampons de gaz iodoformée imbibée de glycérine pour soutenir l'utérus et laissés en place de trois à six jours. Après deux semaines de traitement, on met un pessaire de Thomas-Cutter qui donne un très bon résultat : les adhérences se relâchèrent suffisamment pour permettre à l'utérus de se désenclaver de dessous le promontoire et un pessaire de Munde fut substitué au précédent pour maintenir l'utérus en position. Au moment où les adhérences se relâchèrent, il y eut des douleurs expulsives et un léger écoulement sanguin dont on eut raison au moyen du viburnum prunifolium. Le pessaire fut enlevé à la fin du 4e mois et la grossesse alla à

terme. Le 14 septembre 1888, accouchement : enfant de neuf livres et demie.

Douze jours après la délivrance, on trouve l'utérus rétrofléchi ; on le réduit et on le maintient au moyen d'un pessaire. Après six mois de traitement, le pessaire fut enlevé, et depuis, l'utérus est resté en place.

Obs. 11. — Bernutz, *Confér. cl. sur les mal. des fem.* — Pinard et Varnier, obs. IV, ch. I. — Femme ayant eu 3 enfants. — Le 3e accouchement suivi de péritonite.

Nouvelle grossesse. — Avortement dû à une rétroversion et suivi de péritonite et de catarrhe utérin. — *Brides* interposées au fond de l'utérus devenant douloureuses quand on essayait de faire basculer la matrice.

Rétroversion utérine au début d'une nouvelle grossesee (2 mois 1/2) qui disparaît au bout d'un mois par le repos au lit. — Grossesse à terme.

Obs. 12. — Chaleix et Fieux, obs. I, *Congrès de Bordeaux*, 1895. — Femme de 32 ans, ayant souffert du ventre, souvent constipée. Réglée à 20 ans, dysménorrhée, règles intermittentes. Rétroversion de l'utérus gravide au 3e mois en août 1892, mort du fœtus en septembre. Avortement fin avril 1893. Une grossesse à terme et normale dans la suite.

M. Jacobs pense que les adhérences pelviennes peuvent être si résistantes dans certains cas que la grossesse reste sans action sur elles. On a alors vu, dit-il, l'utérus se développer aux dépens de la paroi antérieure sans accident pendant tout le cours de la gestation, mais ce sont là des exceptions. MM. Pinard et Varnier n'ont pas observé un seul cas où ils n'aient pu faire remonter le fond de l'utérus à l'aide des doigts ; ils ne nient pas que de telles brides puissent exister, mais elles sont rares : ils les admettent cependant dans ces deux observations de Bernutz :

Obs. 13. — Bernutz, Pinard et Varnier, obs. V, ch. I. — Les accidents se sont développés après une partie de campagne, à 2 mois 1/2 de grossesse ; le fond de l'utérus en rétroversion formait une tumeur globuleuse irréductible. L'avortement qui suivit la tentative de réduction fit naître une péritonite mortelle, et à l'autopsie, je trouvai une *bride fibreuse qui unissait le fond de l'utérus* et qui était incontestablement de date plus ancienne que la fécondation.

Obs. 14. — Bernutz, *Confér. clin. sur les mal. des femmes*. — Pinard et Varnier, obs. VI, ch. I. — Malade entrant pour la première fois dans le service de Bernutz pour un avortement à la suite duquel on trouva l'utérus maintenu en rétroflexion par des *adhérences*. Apportée l'année suivante à l'hôpital en proie à tous les accidents de la rétroversion gravide. L'avortement eut lieu, la malade guérit, mais conserva toujours sa rétroversion.

La rétrodéviation semble bien fixée solidement dans les deux cas suivants, mais peut-être aurait-elle cédé à des tentatives de réduction.

Obs. 15. — Dubourg, *Traitement des déviations utérines, Congrès de Bordeaux*, 1895.— Femme de 44 ans, IVpare, rétroflexion de l'utérus gravide.

Nécropsie. — Utérus gravide de 4 mois environ, rétrofléchi à angle très aigu et fortement incarcéré, avec un col très allongé, le tout paraissant fixé par de *vieilles adhérences très solides*.

Obs. 16. — Chaleix et Fieux, obs. II, *Congrès de Bordeaux*, 1895. — Femme de 20 ans, bonne santé habituelle : 2 grossesses antérieures :

1re : Avortement de 3 mois.

2e : Accouchement à terme : suites de couches pathologiques.

Depuis, a toujours souffert du ventre, leucorrhée, constipation.

Examen en mai 1894 : endométrite catarrhale. Annexes gauches empâtées et douloureuses. Utérus non gravide, fortement rétrofléchi et irréductible.

3e grossesse. D. R. fin septembre. Le 30 novembre, douleurs hypogastriques et légère perte de sang. En février 1895, avortement, œuf de 6 à 7 semaines.

Pour MM. Pinard et Varnier ces adhérences utérines si résistantes sont tout à fait rares et les productions pathologiques qui pourraient s'opposer à la réduction de l'utérus rétrodévié pendant la grossesse sont bien plutôt des adhérences vésico-intestinales, vésico-intestino-pelviennes ou utéro-vésico-intestino-pelviennes comme dans les observations suivantes :

Obs. 17. — Pinard et Varnier, *Contr. à l'étude de la rétrov. de l'ut. grav.*, obs. VII, p. 15. — Femme de 21 ans. IIpare. Réglée à 13 ans régulièrement et sans douleurs, bonne santé habituelle. 1er accouchement en 1883, forceps, la femme garde le lit pendant un mois.

D. R. *Décembre* 1884. Vers le milieu d'avril 1885, douleurs pelviennes, gêne de la miction. Le 16 avril, rétention complète d'urine, puis, dou-

leurs dans le ventre, vomissements verdâtres, miction par regorgement. On diagnostique alors : Rétroversion de l'utérus gravide. Tentatives de réduction. Quelques jours après, on constate qu'il existe une cystite purulente. Le diagnostic de rétroversion étant incertain, on se contente de cathétérismes fréquents et lavages de la vessie. L'état s'aggrave. Mort le 8 mai.

Nécropsie. — La paroi abdominale est incisée crucialement. On éprouve une certaine difficulté à la diviser dans la région sous-ombilicale sans lever la *vessie*, qui, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, *est rattachée à la face profonde de la paroi abdominale par de nombreuses adhérences très vasculaires*, peu épaisses, mais *très résistantes*.

La vessie, du volume d'une tête de fœtus à terme, empiète sur les deux fosses iliaques, surtout à droite. Elle refoule dans la région ombilicale et sous-ombilicale l'intestin grêle, qui présente une coloration hortensia, mais dont les anses ne sont en aucun point agglutinées ni recouvertes de fausses membranes récentes ; à droite, elle repousse le cæcum. Le *grand épiploon* est tassé dans le flanc et la fosse iliaque gauches et *rattaché à la partie postéro-latérale gauche de la vessie par des adhérences anciennes, fibreuses, qu'on ne peut déchirer.*

La surface externe de la vessie est sillonnée de vaisseaux très développés. Ses parois sont dépressibles, molles. Le cathétérisme donne issue à environ 200 grammes d'urine trouble et fétide. Cependant la vessie, bien que complètement vidée par ce cathétérisme, revient à peine sur elle-même, maintenue qu'elle est par les adhérences pariétales anciennes déjà signalées. En palpant la paroi vésicale, on sent à droite une induration du volume d'une noix, due en partie à l'épaississement du péritoine, en partie à l'hypertrophie de la paroi. *La vessie ainsi maintenue dans cet état anormal de distension par ses adhérences avec la paroi abdominale antérieure et par les fausses membranes larges, lamelleuses, très vasculaires, développées en forme d'aile de chauve-souris, qui la rattachent d'une part au cæcum, de l'autre à l'épiploon, dérobe complètement à la vue l'utérus et ses annexes. Elle oppose à l'ascension de l'utérus un obstacle insurmontable, et il est impossible en introduisant la main dans le vagin de détruire l'enclavement de la matrice.*

On sectionne les adhérences péri-vésicales. La vessie se laisse alors assez facilement renverser en avant et l'on aperçoit en arrière et au-dessous d'elle, plongeant dans le petit bassin, l'utérus en rétroversion atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme et renfermant un produit de conception. Il existe à peine quelques petites adhérences récentes entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus.

L'excavation ne renferme pas de liquide ; les annexes de l'utérus sont très vascularisées et recouvertes de fausses membranes peu résis-

tantes, non vasculaires. Il n'existe pas d'adhérences entre l'utérus et le rectum.

En introduisant deux doigts dans le vagin, on essaye de nouveau de désenclaver l'utérus et on y arrive sans difficulté cette fois. Le col revient au centre du vagin.

On enlève alors l'arc antérieur du bassin. La vessie et l'utérus sont extraits en masse. La vessie est incisée sur la ligne médiane antérieure ; sa paroi est épaissie et crie sous le scalpel. Le bas-fond et le col sont recouverts par une membrane d'un gris-noirâtre, complètement détachée et libre dans la cavité vésicale et qui n'est autre que la muqueuse vésicale sphacélée. En outre, altérations très marquées des reins.

L'utérus sain d'apparence est incisé sur la ligne médiane antérieure. La paroi présente portait la même épaisseur. L'œuf est intact et on l'énuclée aisément ; il renferme un fœtus d'environ quatre mois pesant 250 grammes, mesurant 22 centimètres de long et dont la tête est en rapport avec le segment inférieur. Le placenta inséré sur la paroi postérieure pèse 100 grammes. Le col de l'utérus mesure 4 centimètres et demi. L'ovaire gauche renferme un corps jaune de la grosseur d'un haricot. Le foie paraît gras. Les autres organes paraissent sains.

Obs. 18. — Macléod, *Glasgow Med. Journ.*, janvier 1857. — Femme de 40 ans. IIIpare. Rétroversion au 4e mois de la grossesse. Hémorrhagie utérine. Absence de bruits du cœur fœtal. Tentatives de réduction par le rectum, puis à l'aide d'un crochet mousse introduit dans le col. Insuccès. Mort.

Nécropsie. — *L'utérus est adhérent en avant à la paroi abdominale, sur les côtés à la fosse iliaque, en haut à l'arc transverse du côlon.* Au centre de cette dernière adhérence existe une rupture de l'intestin, à peine assez large pour permettre l'introduction d'un tuyau de plume d'oie.

Aucun épanchement stercoral ne s'est fait par cet orifice. En arrière, *le fond de la matrice est fortement uni au rectum et à la face interne du sacrum par d'anciennes adhérences.* La vessie paraît saine et contient une petite quantité d'urine. Le col de l'utérus non dilaté est situé à un pouce au-dessus et en arrière de la symphyse pubienne, un peu à gauche de la ligne médiane. La matrice occupe la cavité pelvienne, est mince, ardoisée et renferme les débris d'un fœtus d'environ cinq mois le placenta, les membranes et un peu de liquide amniotique.

Obs. 19. — Schatz, *Archiv. f. Gynæk.*, t. I, 1870, p. 469. — Femme de 25 ans, toujours bien portante. Quatre accouchements modérément difficiles. Suites de couches normales. Prolapsus utérin.

D. R. fin juillet 1869. En octobre, rétroflexion de l'utérus gravide avec enclavement. On essaye de réduire l'utérus en plaçant la malade sur les genoux et les coudes ; on échoue par le vagin, par le rectum.

Après ces tentatives, l'utérus n'a aucune tendance à remonter ; vessie de caoutchouc dans le vagin, restant en place pendant presque deux jours, sans être expulsée. L'utérus est remis en place, grâce à elle, mais lorsqu'elle est enlevée, il reprend rapidement sa position première. Nouvelle tentative de réduction par le vagin. Le col utérin reste fixé par une tumeur située en avant de l'utérus et le corps réduit facilement retombe aussitôt dans le cul-de-sac de Douglas. Quelques jours après, expulsion d'un fœtus vivant. Collapsus. Mort.

Nécropsie. — Péritoine sans liquide anormal. Le rectum sort du bassin à droite du promontoire. *L'S iliaque et le côlon transverse sont largement unis à la paroi postérieure de la vessie. Les membranes qui relient ces organes sont solides, manifestement vieilles.* En cherchant à regarder dans le bassin, on ne peut rien apercevoir de l'utérus. Dans la vessie. liquide épais et purulent ; muqueuse décollée, sphacélée en totalité avec la moitié de la musculeuse également sphacélée et décollée. Après la rupture du point que le méso-côlon formait au-dessus du détroit supérieur, on réussit facilement à dégager l'utérus ramolli, rétrofléchi du cul-de-sac de Douglas. Dans cet espace on ne trouve aucun liquide.

L'utérus n'est nulle part adhérent ; ses annexes, ses surfaces interne et externe sont normales. Uretères à peine distendus.

Obs. 20. — Moldenhauer, *Archiv. für Gynæk.*, t. VI. — Femme de 33 ans, toujours bien réglée et bien portante. 7 enfants et un avortement.

D. R. au commencement de juin. Le 9 octobre on reconnaît une rétroflexion de l'utérus gravide. Tentatives de réduction. Avortement après lequel l'utérus reprend sa situation normale. Mort le surlendemain.

Nécropsie. — Les organes thoraciques sont sains. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide et ne présente pas de traces d'inflammation récente. *Le côlon ascendant et le côlon transverse sont dilatés. De ce dernier naît une fausse membrane épaisse, de la largeur de la main, qui descend s'attacher étroitement au sommet de la vessie.*

Derrière cette membrane sont les anses de l'intestin grêle, qui sont par places étroitement unies à la vessie. Cette dernière est plus grande qu'à l'état normal, et sa paroi postérieure est parcourue par un réseau veineux abondant. L'utérus, du volume du poing, est en rétroversion dans le petit bassin. Sauf cela, il est normal. Gangrène de la tunique muqueuse et d'une partie de la musculeuse de la vessie ; le reste de la partie vésicale se trouve renforcé par les adhérences aux organes voisins. Les uretères ne sont pas énormément dilatés ; les reins sont très congestionnés, surtout au niveau des pyramides. Les bassinets sont dilatés. Les autres organes de l'abdomen sont parfaitement sains.

Obs. 21. — Southey, *The Lancet*, 6 mai 1871, p. 610. — Femme de

16 ans. Soignée quinze mois auparavant pour « fièvre gastrique ». Rétroflexion de l'utérus gravide de quatre mois environ. Tentative de réduction à l'aide d'un pessaire à air placé dans le vagin, mais bientôt expulsé. Collapsus. Mort 19 jours après l'apparition des premiers symptômes.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, le cul-de-sac antérieur du péritoine ne descend pas sur la face antérieure de la vessie à plus de trois pouces au-dessus du pubis.

Le fond de la vessie, le cæcum, la partie inférieure du petit intestin, le fond de l'utérus, l'S iliaque et le bord inférieur de l'épiploon sont unis ensemble par de très vieilles adhérences. Le reste du péritoine présente des traces d'inflammation récente. En rompant les vieilles adhérences, on trouve une sorte de cavité, en arrière de la vessie et au-dessus de l'utérus, qui contient un liquide trouble et brunâtre. Cette cavité communique avec la vessie par une ouverture gangréneuse occupant la paroi postérieure de l'organe. La vessie est très grande et ses parois sont épaisses. La membrane muqueuse est fortement injectée, et présente de grandes plaques de gangrène intéressant toutes ses couches.

La vessie est attirée en haut et en arrière par le développement et la déviation de l'utérus au fond duquel adhère intimement sa partie inférieure ; une perforation gangréneuse, déjà mentionnée, ayant environ la largeur d'une couronne, communique avec la cavité circonscrite décrite plus haut.

Le col de la vessie est très allongé et un orifice gangréneux creusé dans sa paroi postérieure s'ouvre dans le vagin au niveau de la paroi antérieure.

Les uretères et les bassinets des deux reins sont considérablement dilatés ; leur membrane muqueuse n'est pas injectée ; la capsule des reins est très épaisse. Des plaques d'apparence gangréneuse se rencontrent au sommet des pyramides.

L'utérus est ovoïde, et son orifice situé au niveau du point d'union de la face inférieure avec l'antérieure ; il est entr'ouvert, laissant pénétrer l'extrémité du petit doigt dans une étendue de 3/4 de pouce. Au-dessus de ce point est un bouchon muqueux. L'utérus contient un fœtus mâle d'environ quatre mois. La cavité pelvienne est complètement remplie par l'utérus et le rectum très comprimé.

Les autres viscères sont sains.

Obs. 22. — Bamberger (de Vienne). — Obs. XLVI, Charles, *Des déplacements de la matrice en arrière.* — Rétroversion au troisième mois de la grossesse chez une femme de 36 ans. Constipation, douleurs. Rétention d'urine. Cathétérisme donnant issue à une urine fétide et purulente.

Réduction facile, suivie le lendemain de l'expulsion du fœtus. Mort.

Autopsie. — On trouva la *vessie* remontant au-dessus de la symphyse

sous la forme d'un sac mou à cloisons épaisses, *adhérant intimement*, en avant, *aux parois abdominales* ; en arrière, à une *anse de l'iléon*, *à la portion du mésentère qui s'attachait à l'épiploon*. Au niveau de ces adhérences, la paroi vésicale était détruite par places, en sorte que les organes n'étaient séparés de la cavité de la vessie que par une couche de tissu gangréné, revêtue d'une sanie putride ; ailleurs, les membranes vésicales avaient subi la dégénérescence graisseuse, étaient recouvertes de phosphate calcaire, et dans quelques points réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier. L'utérus, du volume du poing, était pâle ; sa cavité ainsi que celle du vagin, occupée par des caillots ; il se trouvait enclavé dans le bassin, ayant son fond légèrement incliné en arrière au-dessous de la symphyse sacro-lombaire.

Obs. 23. — Blundell, *Deseases of women*, p. 6. — Pinard et Varnier, obs. XI, ch. I. — Une femme atteinte de tumeur kystique de l'ovaire fut projetée violemment sur le sol en tombant de voiture. A son retour chez elle, elle urina abondamment en même temps qu'elle éprouvait de violentes douleurs dans le ventre. Elle se rétablit en quelques jours et s'aperçut alors qu'elle était guérie de son hydropisie ovarique. Quelque temps après, elle se maria et succomba à une rétroversion irréductible de l'utérus vers le quatrième mois de sa grossesse.

A l'autopsie, on constata qu'à la suite de la chute, le kyste ovarique s'était rompu et le liquide qu'il contenait s'était épanché dans le péritoine ; le liquide avait été résorbé et éliminé par les reins ; *les restes du kyste étaient tombés sur l'utérus et l'avaient renversé sous le promontoire* où l'organe s'était trouvé fixé par une *inflammation adhésive*. L'utérus gravide n'avait pu se redresser et les accidents mortels étaient arrivés.

Les adhérences viscérales constatées à l'autopsie dans les observations précédentes, formant une sorte de couvercle au niveau du détroit supérieur, peuvent empêcher d'une façon absolue l'ascension de l'utérus dans la grande cavité abdominale et produire son enclavement ; elles sont indépendantes de lui et ne subissent pas les phénomènes de ramollissement qui modifient si avantageusement les adhérences utérines.

Les inflammations de l'utérus et de ses annexes ne sont donc pas toujours les seules causes de brides déterminant l'irréductibilité de la rétrodéviation. Zweifel en effet a rapporté un cas de salpingite adhérente chez une vierge à la suite de fièvre typhoïde et dont l'agent infectieux était le bacterium coli. Dans quelques-unes des observations de rétrodéviation que nous avons pu avoir sous les

yeux, nous avons vu cette maladie signalée dans les antécédents, du reste nous savons depuis les recherches de Thompson que les adhérences péritonéales dépendent souvent d'une infection ; la connaissance de ces faits permet d'expliquer comment des péritonites localisées quelle qu'en soit l'origine (appendicite, fièvre typhoïde, péritonite tuberculeuse...) amenant des adhérences entre les différents organes contenus dans la cavité abdominale peuvent déterminer l'occlusion du bassin au détroit supérieur et opposer ainsi à l'agent réducteur une résistance insurmontable.

Mais si la péritonite localisée n'est pas fréquente, en revanche les affections utérines ou utéro-annexielles sont loin d'être rares. La blennorrhagie et surtout l'infection puerpérale, suite de l'avortement ou de l'accouchement, en sont les grandes causes, amenant souvent une réaction inflammatoire du péritoine pelvien ; et malgré tout, les accidents graves signalés par Boivin et Dugès et depuis par Blanc (1) n'attirent pas souvent l'attention ; les adhérences utérines ne semblent pas être d'une grande importance dans les causes de l'avortement en général.

Pourquoi ces brides solides de l'utérus sont-elles si rares alors qu'en gynécologie on observe si souvent des rétrodéviations graves ? M. Reynier en 1895, dans une communication au congrès de Bordeaux, rappelait que les rétrodéviations utérines, en particulier les rétroflexions, sont le plus souvent dues à des lésions inflammatoires des annexes ou à des paramétrites plus ou moins anciennes laissant des adhérences qui fixent l'utérus ; étant intervenu 31 fois soit par hystérectomie vaginale, soit par laparotomie, il avait toujours trouvé des lésions annexielles. Pour Péan, lorsque l'utérus en rétroflexion est adhérent, non seulement les adhérences qui le maintiennent sont stratifiées, dures et difficiles à sectionner, mais en même temps les trompes et les ovaires sont sclérosés, friables, kystiques, hématiques et même purulents. Pour M. Pozzi, quand des adhérences existent autour de l'utérus et des

(1) E. Blanc, Inflammations péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Bullet. et Mém. de la Soc. obstétricale et gynécologique de Paris*, année 1892, page 19.

trompes, les annexes des deux côtés sont généralement atteintes profondément dans leurs fonctions. Jayle et de Lima sur 1100 observations d'affections des organes génitaux chez la femme ont observé 76 rétrodéviations, toutes douloureuses et toutes compliquées de lésions des annexes, la plupart avec métrites.

On peut comprendre pourquoi en général les femmes atteintes de telles adhérences ne pourront devenir enceintes : si la rétrodéviation adhérente est le résultat d'une métrite chronique, l'évolution de la grossesse sera souvent impossible ; le plus souvent la muqueuse utérine a perdu sa structure normale, elle est fongueuse et ne peut donner naissance qu'à une caduque malade ; l'œuf pourra difficilement se développer ou s'il le peut il sera bientôt expulsé comme corps étranger. Suivant Pozzi, les métrites fongueuses, les métrites hémorrhagiques et exfoliatives et enfin celles qui déterminent des déformations considérables du col sont un obstacle presque absolu à la fécondation.

Souvent aussi la métrite n'est que la première phase du processus morbide qui va atteindre les trompes et les ovaires et déterminer sur ces organes des altérations profondes bien étudiées par Reymond (1). Les deux grands agents infectieux, causes de ces lésions, sont le gonocoque et le streptocoque. Le gonocoque, facilement décelé à l'entrée du canal génital, l'est moins souvent dans l'utérus et dans les trompes, plus rarement encore dans le péritoine quoiqu'on l'y ait trouvé dans certains cas ; mais si sa présence n'est pas constante, il amène souvent à sa suite un envahissement polymicrobien intense. Sous cette influence, l'épithélium de la trompe se désagrège ou se revêt de globules de pus dont l'accumulation détermine la formation de pyosalpinx, la trompe reste le plus souvent perméable au niveau de l'ostium utérin, mais il n'en est pas de même du côté du pavillon ; le pus venant à sourdre en ce point provoque une inflammation amenant des adhérences des franges avec l'ovaire, il se collecte par places ; l'irritation s'étendant amène la formation de néo-membranes

(1) E. Reymond, *Contrib. à l'ét. de la bactériologie et de l'anat. path. de salpingo-ovarites*. Thèse Paris, 1895.

autour de l'ovaire qui ainsi enserré au milieu d'elles subit de profondes modifications dans sa structure et contient de nombreux kystes folliculaires ou purulents. Dans l'infection puerpérale, le streptocoque seul ou associé à d'autres microorganismes détermine la chute des cils vibratiles des cellules formant le revêtement muqueux de la trompe ; ces cellules se détachent parfois et peuvent obturer la lumière salpingienne ; la couche musculeuse devient fibreuse et subit la dégénérescence graisseuse ; l'ovaire s'entoure de néoformations adhésives et renferme des abcès miliaires ou de petits kystes purulents. Ce sont là des obstacles évidents aux fonctions des ovaires et des trompes ; ces organes enflammés, fixés de toutes parts dans des adhérences qui se rétractent peuvent en outre subir des tiraillements, des poussées congestives amenant dans le péritoine pelvien la formation de nouvelles membranes qui ajoute encore à la gravité des lésions ; c'est ce que la cœliotomie permet de constater bien souvent. Les phénomènes aigus disparaissent-ils, il n'en persiste pas moins des adhérences qui isolent l'ovaire, compriment la trompe et rendent la fécondation impossible. Si pour M. Delbet, sur 100 femmes atteintes de salpingite simple, 30 restent stériles, on peut en compter bien d'autres qui ayant pu triompher de leurs lésions annexielles, mais conservant des brides cicatricielles qui fixent l'utérus en arrière ne pourront jamais être exposées aux accidents de rétroversion de l'utérus gravide. Dans les autopsies que nous avons pu réunir, nous n'avons trouvé aucun cas où l'on puisse attribuer la mort à la persistance d'adhérences utérines. Si celles-ci sont signalées dans quelques observations, elles sont récentes et dues à la péritonite qu'a déterminée la perforation gangréneuse de la vessie :

Obs. 24. — Amussat, *Mém.*, obs. XX. — Rétroversion de l'utérus à trois mois et demi de grossesse chez une femme âgée de 32 ans ; accidents graves, réduction, mort.

A l'autopsie, pas de lésions de la vessie. Rupture du péritoine, de l'utérus et du vagin.

Obs. 25. — Hunter, *Medical observations and inquiries*, t. IV, London, 1771. — Rétroversion au 4e mois de la grossesse. Tentatives infruc-

tueuses de réduction faites par Wall et Hunter. Mort le lendemain.

Autopsie. — Vessie distendue, occupant la presque totalité de l'abdomen. L'utérus, renversé dans le bassin, formait une tumeur arrondie qui soulève le col de la vessie. Le col utérin appuyait sur le bord supérieur du pubis ; le fond dirigé en bas et en arrière pressait le rectum près de l'anus. L'utérus renversé et gonflé était incarcéré dans la cavité pelvienne à tel point que pour le redresser il fallut diviser la symphyse du pubis.

Obs. 26. — Witslczek, Thèse agrég. Cusco, Paris, 1853. — Rétroversion ayant débuté au 3e mois de la grossesse ; mort de la femme à la fin du 4e mois.

A l'autopsie : vagin presque entièrement fermé par une tumeur située en arrière ; orifice utérin très élevé, à peine accessible au toucher ; vessie énormément développée, remontant jusqu'à l'ombilic, enflammée, ulcérée ainsi que les intestins. Le corps de l'utérus était infléchi au voisinage de son col, courbé en arrière et en bas, entre le rectum et le vagin et abaissé presque jusqu'au périnée ; le col, courbé sous un angle très aigu d'avant en arrière était très allongé ; la tête du fœtus était tournée vers le périnée ; le placenta s'implantait au fond de l'organe.

Obs. 27. — Grenser (de Dresde), *Monatschrift für Geburtskunde*, Berlin, 1857. — Rétroversion de l'utérus gravide méconnue. Mort.

Autopsie. — Déchirure de la paroi postérieure du vagin ayant donné issue à l'utérus et aux annexes. Rectum d'un rouge intense. Vessie vide injectée à sa partie inférieure.

Obs. 28. — Reinick, *Disputatio medica de uteri delapsu...* Genadi, 1732. — Femme de 26 ans. Accidents de rétrodéviation de l'utérus au 4e mois de la grossesse. Mort.

Autopsie. — Vessie distendue remplissant les régions hypogastrique et ombilicale; intestins refoulés sous le diaphragme. La vessie ayant en remontant décollé le péritoine se trouvait en contact immédiat avec les muscles abdominaux. Paroi vésicale très épaisse. Utérus profondément situé derrière la vessie, visible seulement en partie, retenu dans la cavité inférieure du bassin contenant 2 fœtus.

Obs. 29. — Duchamp, *Loire médicale*, 15 décembre 1887. — Femme de 43 ans, 4 accouchements antéro-normaux.

5e Grossesse. Rétroversion de l'utérus à 4 mois et demi. Réduction dans la position genu pectorale. Au 7e mois cystite. Dilatation sacciforme de l'utérus. Accouchement prématuré. Délivrance artificielle. Mort 5 jours après.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Salpingite suppurée, utérus nor-

mal, sa face postérieure est couverte d'un enduit purulent, mais on n'y voit *pas la trace de rupture d'adhérences*. A la coupe, les parois de l'utérus ont partout la même épaisseur et l'on ne peut y reconnaître aucune trace de dilatation irrégulière. L'insertion du placenta se voit au fond de l'utérus, en majeure partie sur sa face postérieure, empiétant sur le fond même de l'utérus, dans la corne droite de cet organe. Les parois de la vessie sont épaisses, la muqueuse est vascularisée ; il n'y a pas de lambeaux membraneux. Les uretères sont dilatés, les reins ont l'aspect du gros rein blanc. La couche corticale est amincie. Quelques points ecchymotiques. A droite, petits foyers purulents. Du côté de la poitrine, bronchite intense. Œdème des poumons, cœur graisseux, sans lésion d'orifice.

Obs. 30. — Nérard, *Compte rendu et Mém. Soc. sc. méd. Lyon*, 1866-67. — Philomène T..., 27 ans. Rétroversion de l'utérus au 5e mois de la grossesse, rétention d'urine, miction par regorgement, douleurs dans tout l'abdomen, cathétérisme donnant issue à une urine fétide, purulente.

Pas de tentatives de réduction. Quelques jours après, augmentation des douleurs. Mort.

Autopsie. — On constate un épaississement et un ramollissement des parois de la vessie qui étaient fongueuses et très friables. Il s'était établi entre la vessie et l'épiploon, en avant de l'intestin grêle, en haut et sur le côté des adhérences telles que ces deux organes semblaient former en partie les parois vésicales. Les deux petites tumeurs que le palper avait permis de sentir dans l'hypochondre droit, étaient dues à des collections de pus dans l'épiploon. Du reste, il existait un épanchement purulent dans tout l'abdomen. La paroi postérieure de la vessie se trouvait soulevée par la présence de l'utérus. Le col utérin que l'on n'avait pu sentir par le toucher du vivant de la femme ne put être atteint.

On releva la vessie et on découvrit alors une étroitesse très prononcée du détroit supérieur du bassin. La distance de l'angle sacro-vertébral au pubis ne mesurait guère que 7 à 7 cent. 5. L'utérus qui avait le volume qu'il a habituellement dans une grossesse d'un peu plus de quatre mois, avait subi une rétroversion telle que son fond ou bord supérieur venait comprimer le périnée et former en partie par sa face postérieure une saillie qu'on apercevait au bas du vagin. Le col était fortement porté en haut et en avant, regardant l'ombilic ; il existait aussi un peu de flexion du col de l'utérus. Enfin l'ouverture des parois de la matrice vint confirmer le diagnostic d'une grossesse de quatre mois s'accompagnant d'une rétroversion due probablement à ce que l'utérus, susceptible de se dévier, avait trouvé dans la conformation vicieuse du bassin une cause qui était venue favoriser cette position anormale.

Obs. 31. — Bailly, note sur un cas de rétroversion utérine puerpérale, *Ann. de tocologie*, 1874. — Femme de 39 ans ayant eu 4 couches à terme et un avortement de 6 semaines. Rétroversion utérine réduite spontanément après cathétérisme. 290 jours après, avortement. Mort de la femme.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, sérosité claire. Rien d'anormal du côté de l'utérus dont le fond dépasse le plan du détroit supérieur de 2 à 3 centimètres. Muqueuse vésicale épaissie, injectée, rouge par places. Bassin rétréci par la projection du promontoire, le diamètre sacro-pubien mesurant 9 centimètres au détroit supérieur. Excavation plutôt élargie, mesurant 125 centimètres d'avant en arrière.

Obs. 32. — Recueillie par S. Gottschalk. — Traduit et publiée par Labusquière, *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1895, t. 43, p. 184 (Résumée). — Femme de 39 ans, ayant eu 8 avortements ou expulsions prématurées de fœtus morts. Syphilis ancienne. Après traitement spécifique, nouvelle grossesse à terme, enfant vivant. A la suite de cet accouchement, formation d'adhérences constatées par Gottschalk entre le côté gauche de l'utérus, les annexes correspondantes et la face antérieure du sacrum.

Nouvelle grossesse. Constipation opiniâtre pendant 8 jours, douleurs violentes dans le bas-ventre, anorexie complète, nausées. A la suite de l'administration d'un purgatif, météorisme du ventre, douleurs exagérées. Etat grave, sueurs froides, dyspnée intense. Sur le ventre distendu, deux sillons, l'un sus-ombilical allant de droite à gauche et de haut en bas, l'autre sous-ombilical de gauche à droite et de haut en bas. Hypothermie.

A l'examen. Utérus augmenté de volume rétroversé dans la moitié droite du bassin et immobilisé. Pas de troubles vésicaux. La moitié gauche du bassin est occupée par une masse de grandes dimensions, d'un ovale allongé, à contenu parfaitement solide, un peu dépressible, difficile à délimiter siégeant en avant de l'utérus. Quelques vomissements muqueux.

Diagnostic : rétroversion de l'utérus sans enclavement et occlusion intestinale.

Cœliotomie.— Dans la cavité abdominale un demi-litre de liquide ascitique jaune paille. Intestin très distendu ; l'S iliaque occupe toute la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. Le foie, l'estomac, la rate, le diaphragme sont refoulés en haut par le côlon distendu. Les appendices épiploïques ont à peu près disparu. Pas de signes nets de péritonite.

Coudure à l'union de l'S iliaque et du rectum. Corne gauche de l'utérus dépassant de 3 travers de doigt le détroit supérieur, immobile, située contre la coudure intestinale. Utérus gros comme à quatre mois de grossesse, fortement rétroversé, tout à fait comprimé dans la moitié droite du bassin, comme enclavé entre les branches de l'S iliaque,

complètement immobile. Côté gauche de l'utérus très épais, entouré par la branche droite de l'S iliaque qui dirigée de gauche à droite chemine sur la face antérieure de l'utérus recouvrant l'aire du détroit supérieur.

A droite de l'utérus, tout l'intestin grêle, non fortement distendu est comprimé et ramassé dans un coin, en quelque sorte de la moitié droite du bassin, de sorte que l'utérus est étroitement entouré par l'intestin.

On libère l'S iliaque de son mouvement de torsion, alors la portion antérieure de la face latérale gauche et seulement la moitié gauche de la face antérieure de l'utérus regardent en haut.

Le côté gauche est refoulé en avant et contre la paroi abdominale, les annexes gauches et le ligament rond correspondant sont déplacés en avant et presque jusque sur la ligne médiane.

En arrière de l'ampoule tubaire et de l'ovaire gauche pendent des *cordons de nature inflammatoire, allongés, minces, filiformes, vestiges certainement des adhérences* qui fixaient primitivement le côté gauche de l'utérus en arrière et qui ont été sans doute détruites par l'organe en voie d'accroissement. De cette constatation, il ressort que les adhérences n'ont pas été les facteurs pathogéniques de l'occlusion intestinale.

On tente en vain d'exprimer de bas en haut à travers le point rétréci de l'intestin, le contenu intestinal. Ponction du gros intestin, évacuation de gaz. L'intestin restant distendu, on pratique la colotomie. Suture de l'orifice intestinal artificiel à l'angle inférieur de la plaie qui es suturée. Situation grave, contractions utérines fortes amenant un raccourcissement du col, mais mort onze heures après l'opération.

Autopsie. — Le gros intestin contient une quantité modérée de matière liquide venue de l'iléum, preuve que l'intestin n'était pas paralysé. Au-dessous du point oblitéré, le gros intestin est entièrement vide et affaissé, rétracté. Tout près du point d'occlusion, existent, de chaque côté de l'intestin, des ganglions tuméfiés, du volume d'une cerise à celui d'une noix, d'origine syphilitique apparemment. L'utérus, par suite des contractions du travail, est plus élevé et un peu plus sur la ligne médiane, bien qu'encore fortement déjeté à droite, son fond arrivant à peu près à mi-distance de la symphyse et de l'ombilic. Il est encore rétroversé et aussi nettement disloqué, tordu vers la droite qu'au moment de l'opération. Les annexes de droite sont situées en arrière de l'utérus, au voisinage de l articulation sacro-iliaque. Les annexes de gauche sont en avant. *L'uterus est libre d'adhérences.*

La vessie, laquelle au cours de la laparotomie, avait été trouvée tout à fait dans le petit bassin en arrière e a branche horizontale du pubis n'avait pas, malgré les douleurs du travail et le raccourcissement du col quitté le bassin. Elle est située immédiatement en arrière de la symphyse et entièrement dans le petit bassin.

L'excavation vésico-utérine est un peu aplatie, du fait de l'élévation de l'utérus.

La poche des eaux se rompt au moment où l'on enlève l'utérus ; l'excavation vésico-utérine s'aplatit davantage, mais la vessie n'est pas visiblement modifiée par les tractions ; il semble qu'il n'existe plus d'union solide entre cet organe et l'utérus.

Dimensions de l'utérus : longueur maxima 22 centimètres, dont un centimètre et demi pour la portion cervicale ; largeur maxima 15 centimètres ; épaisseur maxima au côté gauche 17 centimètres, celle-ci excédant l'épaisseur maxima. On constate que, dans l'ensemble, l'utérus a décrit dans son accroissement une spirale vers la droite. De plus, il est extrêmement asymétrique.

Obs. 33. — Depaul, *Leçons de clinique obst.*, 1874, obs. XII, Charles. — Femme de 32 ans. 5 accouchements antérieurs. Rétroversion de l'utérus gravide. Réduction spontanée. Cystite hémorrhagique. Péritonite. Avortement. Mort.

Autopsie. — Liquide purulent dans le péritoine qui est épaissi et vasculaire. Utérus en rétroversion sous l'angle sacro-vertébral qui présente une crête assez prononcée. La courbure du sacrum paraît exagérée. Paroi vésicale épaissie. Muqueuse vascularisée.

Obs. 34. — Amussat, *Mém. sur la rétrov. de la matrice dans l'état de grossesse*, 1843, obs. VII. — Femme de 33 ans. Rétroversion de l'utérus au 3e mois de la grossesse. Cystite. Tentatives inutiles de réduction par le vagin et par le rectum. Ponction de l'utérus à travers la paroi postérieure du vagin. Mort le jour de l'opération.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les traces d'une péritonite généralisée ; épanchement, fausses membranes, adhérences. La vessie était percée d'une ouverture gangréneuse et avait contracté des adhérences avec l'épiploon. La matrice, placée parallèlement au détroit supérieur, était plongée dans l'excavation et offrait le volume du poing ; sa face antérieure était dirigée vers la cavité abdominale. La symphyse ayant été divisée et écartée des pubis, on trouva le col placé au niveau de la partie supérieure de l'arcade pubienne ; les membranes étaient engagées dans l'ouverture du col. Celle-ci offrait la largeur d'une pièce de deux francs. La matrice contenait un fœtus de trois à quatre mois, en position occipito-cotyloïdienne gauche. Le fond du viscère était adhérent à l'intestin du rectum qui, par anomalie, occupait le côté droit du bassin. Le diamètre sacro-pubien était de quatre pouces quatre lignes. La courbure du sacrum était un peu plus prononcée que dans l'état ordinaire (Craninx de Louvain).

Obs. 35. — Amussat, *Mém.*, obs. XIX. — Rétroversion au 5e mois de la grossesse. Etat grave.

Tentatives de réduction inutiles.

Mort 36 heures après.

AUTOPSIE. — Vessie distendue, s'élevant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Paroi antérieure de la vessie adhérant à la paroi abdominale correspondante. Muqueuse vésicale phlogosée. Urine fétide, brunâtre, chargée de mucosités. Utérus au 5e mois de grossesse, sain.

OBS. 36. — AMUSSAT, *Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse*, obs. XXII. — Rétroversion de l'utérus au 5e mois de la grossesse chez une femme âgée de 35 ans. Rétention d'urine. Tentatives inutiles de réduction. Mort quelques jours après.

AUTOPSIE. — Utérus sain rétroversé. La cavité abdominale contient un quart de litre de liquide brunâtre ; les viscères de cette cavité et principalement les intestins adhèrent entre eux par de fausses membranes et sont couverts de lymphe plastique. La vessie s'étend jusqu'à l'ombilic et adhère aux intestins grêles ; elle est immensément distendue ; ses parois sont épaissies et sa cavité contient de la matière purulente noire ; la muqueuse est gangrenée sur plusieurs points et se sépare aisément par grands lambeaux. L'uretère gauche est très distendu et ses parois épaissies. Le rein correspondant est hypertrophié et granuleux.

OBS. 37. — JOHN LYNN in *Medical comment.*, t. VI. — Femme de 40 ans, multipare. Rétroversion de l'utérus gravide de 4 mois. Tentatives infructueuses de cathétérisme et de réduction. Avortement. Mort.

NÉCROPSIE. — Vessie gangrenée dans quelques points de son étendue, rupture. Dans la cavité abdominale, dix pintes d'urine.

OBS. 38. — REDARD, Thèse DUCOR. Obs. XLIV. — Femme de 35 ans. Rétroversion de l'utérus au quatrième mois de l'utérus. Avortement. Mort.

NÉCROPSIE. — Péritonite généralisée. Intestin adhérent à la vessie. Cystite gangréneuse, paroi vésicale hypertrophiée, muqueuse épaissie, déchirée par places. Rien d'anormal dans la forme et le volume de l'utérus qui est en rétroversion très marquée ; le corps est abaissé, et le col vient comprimer fortement le col de la vessie.

OBS. 39. — G. HUNTER, *Mém. de la Soc. des méd. de Londres* (M. CHARLES). — Rétroversion de l'utérus chez une multipare de 40 ans enceinte de trois mois et demi. Avortement. Mort.

NÉCROPSIE. — Urine dans la cavité abdominale. La vessie vide, flasque, rompue près de son fond, de manière qu'on pouvait passer le bout du doigt par cette crevasse, dont les bords étaient gangrenés. Tout le corps de la matrice était encore tellement porté en arrière qu'on vit aisément que son fond s'était placé entre le vagin et le rectum et que son col appuyait sur le pubis.

Obs. 40. — Chantemesse, Vidal, Legry, *Arch. de toc.*, 1893. — Une femme enceinte de quatre mois, présentait les signes de rétroversion de l'utérus gravide avec obstruction intestinale. De la fièvre et des symptômes de péritonite éclatèrent. La réduction du déplacement utérin amena une certaine amélioration, puis l'avortement eut lieu et les accidents reparurent. Croyant à de la septicémie puerpérale, on fit le curettage de l'utérus et on ramena des lambeaux fétides qui, ensemencés, donnèrent une culture de bacterium coli commune. La femme succomba.

A l'autopsie, on trouva un abcès, des adhérences récentes entre l'utérus et l'intestin et on constata la présence du coli-bacille dans le péritoine, dans l'utérus, dans le cœur, dans le pus et dans le sang.

CHAPITRE II

Traitement.

De l'observation clinique et des résultats fournis par la nécropsie, on peut donc conclure qu'il existe rarement des adhérences solides fixant l'utérus gravide en rétrodéviation irréductible par des manœuvres externes ; aussi lorsqu'on aura diagnostiqué une rétrodéviation, devra-t-on recourir d'abord aux moyens de traitement les plus simples.

Tout à fait au début de la grossesse, cette affection peut ne déterminer aucun symptôme ou à peine quelques malaises. La constatation en est souvent un effet du hasard, l'utérus est à peine en contact avec le rectum, il est peu volumineux et ne détermine aucun phénomène de compression, aucune entrave dans le cours des matières ou de l'urine. La réduction, on le sait, se fait souvent spontanément, la grossesse suivant son cours normal ; l'expectation est donc à cette époque la seule conduite à tenir.

Plus tard, la femme atteinte de rétrodéviation se plaint de douleurs dans le bas-ventre, de pesanteur pelvienne ; sous l'influence d'un choc, d'une chute ou bien graduellement elle a éprouvé de la dysurie qui va croissant et ne peut plus uriner, en même temps la défécation est pénible ou impossible. Ces seuls symptômes permettent, étant donné l'âge de la grossesse, de faire le diagnostic bientôt confirmé par le toucher. La première indication sera de pratiquer le cathétérisme vésical : non seulement on soulagera ainsi la malade, mais on pourra parfois obtenir en même temps une réduction spontanée.

Observations de rétrodéviation sans rétention d'urine réduites spontanément sans cathétérisme.

Observation 41 (Personnelle).

M. D... ressentant quelques douleurs dans l'abdomen, une sensation de pesanteur dans le bassin et une certaine gêne pour aller à la garde-robe vient consulter le Dr Hartmann au début de l'année 1897.

A l'examen : Vulve béante, très léger prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Rétroflexion et rétroversion de l'utérus, un peu de métrite catarrhale, annexes saines.

On ordonne alors le repos, des bains, des injections antiseptiques, et bientôt ces troubles disparaissent.

Le 16 *mars* 1898, M. D... revient de nouveau consulter pour les mêmes symptômes que l'année précédente. L'examen pratiqué par le Dr Hartmann permet de constater que l'utérus toujours en rétroflexion est augmenté d'un volume tel qu'on peut diagnostiquer une grossesse de trois mois, la malade n'ayant pas eu ses règles les deux mois précédents.

Le 30. — M. Hartmann constate que non seulement l'utérus est redressé, mais qu'il est antéflexion ; il apprend alors à la malade que l'utérus est en bonne situation et que la grossesse va évoluer sans accident. Grand désespoir de la femme ; aussi à partir de ce moment use-t-elle de tous les moyens qui, pense-t-elle, pourraient la faire avorter, courses, fatigues, purgatifs, drogues, le tout sans résultat, si bien qu'au début du mois de mai, sur les conseils d'une amie, elle va trouver une avorteuse professionnelle.

Le 6 *mai* 1898, le Dr Hartmann est appelé par le Dr Jeanselme pour voir M. D.. (le surlendemain de l'avortement). La malade a eu l'avant-veille des pertes et, dans la nuit du 5 au 6 mai, un grand frisson accompagné de claquements de dents. Le curettage évacue des débris de placenta, grand lavage au sublimé, drain, pansement iodoformé, guérison.

Observation 42 (Personnelle). — Recueillie à la clinique Baudelocque. Service du professeur Pinard.

Marie R... Ipare, 19 ans. — Se présente à la consultation de la clinique Baudelocque le 3 août 1898.

Réglée à 13 ans. Règles toujours douloureuses, peu abondantes, durant une journée ou deux, accompagnées de coliques. Dans l'intervalle pertes blanches.

Dernières règles du 22 au 24 avril. La malade raconte qu'à cette époque elles ne sont pas venues à leur date habituelle et que régulièrement elle aurait dû les avoir le 12 avril.

Dans les premiers jours de mai, elle a commencé à avoir des vomissements. Au commencement de juin, elle commence à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, jamais de douleurs à la miction, jamais de rétention d'urine.

L'examen pratiqué le 4 août donne les résultats suivants : A la vue, l'abdomen ne présente aucun développement anormal, quelques vergetures sur la paroi. Sonorité de toute la région sous-ombilicale.

La palpation ne permet de délimiter aucune tumeur à ce niveau.

Au toucher, col ramolli, abaissé, dans l'axe du vagin, déchiré à gauche, placé immédiatement derrière la symphyse. Cul-de-sac vaginal antérieur libre. Cul-de-sac postérieur rempli par une masse qui descend jusqu'au milieu de l'excavation et la remplit en grande partie, masse mollasse, séparée en avant du col par un sillon, et qui n'est autre que l'utérus en rétroversion. Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Le 11 *août*. Au toucher, on constate que l'utérus s'est réduit spontanément.

La femme quitte la clinique le 17 août.

Observation 43.

Due à l'obligeance du Dr Paquy, chef du laboratoire de la clinique Baudelocque.

Mme L..., 23 ans, a toujours souffert depuis qu'elle est réglée. Règles toujours douloureuses qui la forcent à rester couchée les deux premiers jours. Mariée à 22 ans.

Dernières règles du 10 au 15 avril 1896.

Vue pour la première fois en mai par le Dr Paquy qu'elle faisait appeler pour les troubles suivants : vomissements très fréquents, sensations de pesanteur dans le bas-ventre, constipation opiniâtre, la miction étant restée normale.

A ce moment, le toucher permet de constater que le col est ramolli et que l'utérus est en rétroflexion.

On ordonne alors lavements, laxatifs, lait.

Cet état a persisté jusqu'au mois de juillet de la même année. A cette époque, on a pratiqué un nouvel examen ; la grossesse est évidente : l'utérus est toujours en rétroflexion et remplit alors la moitié supérieure de l'excavation.

Le 15 *juillet*, la malade apprend à M. Paquy qu'elle ne vomit plus, que la constipation a disparu et qu'elle ne souffre plus du ventre.

Au toucher on constate que la rétroflexion est réduite et que l'utérus est en position normale.

La grossesse évolue dès lors sans accident et le 20 janvier 1897 la femme accouche en deux heures et demie d'un enfant de 4250 grammes.

Les suites de couches sont normales. La femme allaite son enfant. Retour de couches au commencement de novembre. A ce moment on trouve l'utérus en rétroflexion.

Nouvelle grossesse. Dernières règles du 18 au 23 janvier 1898. Les mêmes accidents se reproduisent au bout d'environ un mois.

Réduction spontanée au commencement du mois de mai. A partir de cette époque, grossesse normale.

Le 19 *octobre*, on constate que le fœtus est en GA, le sommet est très engagé.

Accouchement le 25 octobre.

Obs. 44. — Ollivier, Th. Ducor, obs. XXXVII. — Rétroversion de l'utérus au 4e mois de la grossesse. Réduction spontanée.

Obs. 45. — De la grossesse extra-utérine péritonéale, *Archives de tocologie*, juin 1874. — Femme de 38 ans. Suppression de règles pendant 3 mois, écoulements sanguins irréguliers. Douleurs dans le ventre, fièvre. Rétroversion au 4e mois, réduite spontanément.

Obs. 46. — Depaul. — Femme de 37 ans. Rétroversion au 4e mois de la grossesse, écoulements sanguins irréguliers, douleurs dans le ventre, fièvre, expectation.

Un mois après, on trouve l'utérus réduit spontanément, dépassant de 4 travers de doigt le détroit supérieur.

Obs. 47. — Bernutz, *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, obs. III. — Femme de 26 ans, mère de deux enfants. 6 mois avant une 3e grossesse, blennorrhagie compliquée de pelvipéritonite. Au 2e mois de la 3e grossesse, vomissements incoercibles, rétention d'urine passagère, décubitus abdominal. Au bout de quelques jours, une rétroflexion bien manifeste remplace la rétroversion. A ce moment, cessation des vomissements.

Introduction dans le rectum d'un presseur à air pendant deux heures sans résultats. Réduction spontanée 7 jours après. La grossesse a dû évoluer.

Rétrodéviations avec rétention d'urine réduites spontanément après cathétérisme.

Obs. 48. — Garnier, *Bulletin de la Soc. méd. de la Sarthe*, 1872, p. 35. — Ipare de 31 ans, prise à 4 mois 1/2 de grossesse de douleurs vives dans l'abdomen. Œdème des membres inférieurs, de la vulve, de la

paroi abdominale. Vessie remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Tumeur repoussant en avant la paroi postérieure du vagin. Incontinence d'urine, constipation opiniâtre.

Cathétérisme, diminution de l'œdème. Pendant 2 jours, urines sanglantes. Guérison.

Obs. 49. — Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*, 1874. — Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Dysurie datant d'un mois, puis rétention d'urine. Cathétérisme pendant 5 jours, réduction spontanée le 16e jour.

Obs. 50. — Ducor, obs. recueillie à l'hôpital des Cliniques, th. Paris. — Femme de 29 ans. Rétroversion utérine au 4e mois, rétention d'urine, constipation intense, cathétérisme donnant issue à 3 litres d'urine ; les dernières gouttes étaient sanguinolentes. Le lendemain, on constate que l'utérus est réduit spontanément. Au bout de quelques jours, l'urine devient normale.

Obs. 51. — Lépine, *De la rétention d'urine dans la grossesse*, Th. Paris, 1877, n° 539. — Femme de 20 ans. Rétroversion utérine au troisième mois de la grossesse, dont le début paraissait remonter à 10 jours. Utérus faisant saillie au dehors. Cathétérisme. Réduction spontanée consécutive. Miction spontanée dès le lendemain.

Obs. 52. — Faidherbe (de Roubaix), *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février 1896, p. 107.— Rétention d'urine, constipation opiniâtre. Douleurs abdominales, œdème des jambes. Repos. Cathétérismes fréquents. Diagnostic porté : tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus, le toucher ne permettant de trouver ni utérus ni col. Grossesse normale. Accouchement à terme.

Obs. 53. — Marchand, Thèse Ducor, obs. LI. — Femme de 36 ans. Deux accouchements antérieurs. Suppression des règles depuis deux mois. Douleurs dans le bas-ventre. Incontinence d'urine. Constipation rebelle datant de huit jours. Rétroversion de l'utérus gravide. Cathétérisme deux fois par jour. Disparition des phénomènes précédents par réduction spontanée et complète, au bout d'un mois. Accouchement à terme.

Obs. 54.— Depaul, *Journal des sages-femmes*, 1er juillet 1879, p. 289. — Femme IVpare, ayant un bassin rétréci (7 cent. 1/4 à 7 cent. 1/2 de diamètre antéro-postérieur).

1re *grossesse*. — Rétroversion, avortement à la suite duquel l'utérus a repris sa situation normale.

2e *grossesse*, 3e *grossesse*. — Rétroversion, avortement provoqué.

4e *grossesse*. — Rétroversion. Réduction spontanée à la suite de ca-

thétérismes. Accouchement un peu avant terme : présentation du siège

Obs. 55. — Charles, *Mém.*, obs. LXX.— Femme de 34 ans, Ipare, promontoire saillant. Rétroflexion de l'utérus à 3 mois de grossesse. Cathétérisme. Réduction graduelle spontanée au bout d'un mois. Accouchement à terme.

Obs. 56. — Barnes, obs. LVIII, Charles. — Femme de 42 ans, 8 avortements antérieurs. Rétroversion à 4 mois de gestation prise d'abord par une hydropisie. Grossesse menée à terme grâce à de fréquents cathétérismes.

Obs. 57. — Obs. de Godson. — Pinard et Varnier, *Rétrov. de l'utérus gravide*, p. 67. — Femme de 26 ans, Vpare. Rétroposition de l'utérus gravide de 3 mois 1/2. Rétention d'urine. Cathétérismes répétés, cystite. Réduction spontanée après un mois de traitement. Accouchement à terme.

Dans les observations précédentes (obs. 48 à 57 inclus), le seul obstacle à l'ascension naturelle de l'utérus vers la cavité abdominale était le globe vésical ; l'utérus se relevant spontanément en suivant la face antérieure du sacrum a comprimé l'urèthre contre le pubis, d'où distension de la vessie, aussi dès que l'urine est évacuée, peut-il achever sa réduction spontanément. Denmann pensait qu'il en devait être toujours ainsi et que le cathétérisme devait être l'unique intervention dans les cas de rétrodéviation ; sans doute, il est utile et même nécessaire, il est, suivant Cohnstein la condition *sine qua non* du redressement, mais il ne suffit pas toujours. L'observation suivante en est une preuve.

Obs. 58. — Balp, *Abeille médicale*, 1872, n° 11. — Femme de 25 ans, enceinte de 3 mois. Anasarque, phlyctènes à la face interne des grandes lèvres. Miction par regorgement. Anxiété et agitation extrêmes. Cathétérisme difficile, donnant issue à 4.900 grammes d'urine fétide et trouble. L'état général s'améliore, mais bientôt les symptômes précédents reparaissent. Nouveau cathétérisme et ainsi mêmes alternatives jusqu'au moment où l'avortement se produit. L'utérus rétroversé reprend sa situation normale.

Néanmoins on devra toujours le pratiquer et on veillera également à l'évacuation de l'intestin afin de réunir toutes les condi-

tions favorables à la réduction qui pourra se faire ensuite spontanément comme dans les cas suivants :

Obs. 59. — Smellie. — Femme ayant eu 3 avortements vers le 3e mois de la grossesse à la suite de violents ténesmes. Nouvelle grossesse allant à terme grâce à des purgatifs.

Obs. 60. — Villeneuve (de Marseille), *Bull. de la Soc. méd. de Marseille*, 1858. — Rétroversion au 3e mois de la grossesse. Constipation. Purgatif bientôt suivi de réduction spontanée de l'utérus.

Obs. 61. — Depaul, obs. LXXXIV Charles. — Femme de 32 ans. 1 avortement antérieur. Rétroflexion de l'utérus au 3e mois de la grossesse. Pendant 3 semaines, repos au lit dans le décubitus abdominal. lavements. Quand la femme se lève, on trouve la réduction opérée spontanément. Grossesse normale.

Obs. 62. — Ramsbotham, *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 589. — Femme de 41 ans, 9 enfants, 2 avortements. Rétroversion de l'utérus du 3e mois de la grossesse. Cathétérismes, purgatif. Repos au lit dans le décubitus horizontal. Réduction spontanée au bout de 3 jours. Grossesse normale.

Obs. 63. — M. Pokak (obs. II, thèse Cambarieu).— Mme D..., 1re grossesse en 1880. Légère dysurie et constipation opiniâtre. Accouchement à terme.

2e grossesse en 1883. Dysurie et constipation plus marquées. — Rétroversion de l'utérus gravide de 2 mois et demi. Réduction spontanée au bout de 4 jours obtenue grâce à des laxatifs et au décubitus abdominal. Récidive 4 jours après, la malade ayant repris le décubitus dorsal. Réduction spontanée, puis nouvelle récidive quatre jours après. L'utérus est alors réduit facilement et définitivement. Accouchement à terme.

Pas d'examen dans l'intervalle des grossesses.

Obs. 64. — Morris, *Gazette méd. de Paris*, 1856, p. 590. — Femme IIpare. Rétroversion de l'utérus au 4e mois de la grossesse. Pendant trois semaines,cathétérismes, laxatifs, décubitus abdominal. Réduction spontanée graduelle, complète au bout d'un mois. Grossesse normale.

Obs. 65. — Smellie, obs. IV, Charles. — Rétroflexion de l'utérus gravide chez une primipare. Dysurie remontant à quelques jours. Rétention complète d'urine depuis 30 heures. Douleurs violentes. Cathétérismes, lavements. Réduction spontanée au bout de 12 jours. Grossesse normale.

Nouvelle grossesse, mêmes accidents, même traitement, même résultat.

L'utérus peut avoir à lutter, dans certains cas contre la pression intestinale ; celle-ci est peu considérable, il est vrai, et l'on n'aura guère à en tenir compte si l'on intervient d'une façon quelconque, mais auparavant on pourra tenter d'obtenir une réduction spontanée en libérant l'utérus du poids des viscères abdominaux. C'est dans ce but que l'on a proposé de faire prendre à la malade une des positions suivantes : position genu-pectorale, décubitus abdominal,décubitus latéral,décubitus dorsal sur un plan incliné. Malheureusement ces différentes positions ne sont pas toujours bien tolérées; elles ne peuvent être applicables d'une façon continue par suite de la gêne et de la fatigue qu'elles déterminent. La position genu-pectorale réaliserait les meilleures conditions, si elle n'était si pénible ; mais on devra l'abandonner lorsqu'on n'obtiendra pas une réduction immédiate. Le décubitus dorsal sur un plan incliné, dans la position désignée sous le nom de position de Trendelenburg dégage bien l'utérus, mais il provoque de la congestion céphalique et ne semble guère favoriser le redressement puisque l'organe déplacé se trouve toujours retenu par son propre poids. Lorsque l'utérus sera retenu par quelques brides légères au niveau de l'un de ses bords, le décubitus latéral pourra être employé quelquefois, il sera mieux accepté que les positions précédentes. Enfin le décubitus abdominal facilitant moins la réduction que la position genu-pectorale,mais mieux supportée que celle-ci, sera favorable.Ces deux dernières positions seront surtout recommandées dans les cas où l'utérus, n'étant pas assez développé pour être maintenu en place par le promontoire menacerait de se rétrodévier ; mais, le plus souvent, il se place de lui-même et définitivement en antéflexion (V. obs. 3, 151, 152 et 153).

L'utérus peu retenu dans l'excavation pourra donc reprendre sa situation normale soit spontanément, soit sous l'influence de la pesanteur, mais si le promontoire est saillant, si des adhérences retiennent encore le corps utérin ou si celui-ci est fortement rétrodévié, une intervention s'imposera. L'agent réducteur sera alors la main ou un instrument.

Le fond de l'utérus en rétrodéviation appuie sur le rectum, repoussant en avant la paroi vaginale postérieure, le col parfois est situé derrière la symphyse au-dessus d'elle, aussi a-t-il paru préférable de refouler l'organe en pénétrant tantôt par le rectum, tantôt par le vagin ou par ces deux voies à la fois au confin en associant la manœuvre vaginale au taxis abdominal.

La réduction par manœuvre rectale paraît être la plus ancienne méthode employée. Peut-être y eut-on recours d'abord parce que l'on pensait embrasser davantage par cette voie le fond de l'utérus et le repousser facilement en avant de l'angle sacro-vertébral. Amussat avait constaté qu'en introduisant le doigt dans le rectum, on pouvait presque atteindre le promontoire surtout si l'on parvenait à déprimer la périnée ; il mit en pratique de semblables manœuvres pour opérer la réduction de la rétrodéviation utérine pendant la grossesse et décrit ainsi le manuel opératoire qu'il a employé.

« Le procédé consiste, après avoir situé la femme comme pour l'opération de la taille, à introduire un ou deux doigts dans le rectum et à repousser doucement le ballon utérin, en longeant la concavité du sacrum, directement en haut d'abord, puis de droite à gauche et de gauche à droite pour relever toute la surface de l'utérus. Si le doigt ou les deux doigts introduits dans le rectum n'atteignaient pas assez haut, on introduirait le pouce dans le vagin pour soulever le périnée afin de pénétrer à une plus grande hauteur. Enfin, pour arriver plus haut encore, il reste la ressource de se faire pousser le coude par un aide ou de le soutenir soi-même avec la hanche et le corps. »

Cette technique a été suivie avec succès par Amussat, aussi la préfère-t-il à toute autre ; tandis qu'il obtient la réduction avec deux doigts dans le rectum, même lorsqu'existaient des adhérences, dit-il, d'autres chirurgiens l'ont obtenue avec un, trois ou quatre doigts. Enfin Dusaussois introduit la main entière dans le rectum, ne craignant nullement comme Gosselin de déchirer l'anus. Parent conseille même pour faciliter cette manœuvre d'inciser le sphincter ; mais dût-on opérer par cette voie cette section se-

rait tout à fait inutile ; on sait avec quelle facilité on peut dilater cet orifice surtout grâce à l'anesthésie, Simon d'Heidelberg en a donné la preuve. L'introduction de la main dans le rectum expose, il est vrai, la malade à une incontinence des matières pendant quelque temps, mais ce serait là un léger inconvénient si on obtenait sûrement la réduction. Amussat et les chirurgiens qui ont adopté la voie rectale n'ont pas eu affaire à des rétrodéviations très prononcées, des enclavements serrés ou des adhérences solides, sinon ils eussent obtenu moins de succès. Lorsque l'utérus est fortement dévié en arrière, qu'il repose sur le périnée et présente un volume assez considérable, l'introduction d'un ou de deux doigts sera possible, mais la main ne pourra pénétrer facilement ; si elle y parvient, elle se trouvera alors en rapport par la paroi rectale avec la face antérieure de l'utérus au-dessus de son fond et ne pourra bien saisir celui-ci qui est la portion la plus déclive et sur laquelle on doit agir ; si on refoule alors l'utérus jusqu'au contact de la main, la face palmaire se trouvant serrée à l'étroit entre le sacrum en arrière et l'utérus en avant on ne pourra exercer avec les doigts aucune action sur l'utérus. On risquera de plus de déterminer des déchirures de la muqueuse rectale surtout si celle-ci a déjà subi quelques altérations dues à la compression ; s'il existe des adhérences entre l'utérus et le rectum ou n'aura aucune action sur elles. La méthode de réduction par le rectum peut donc donner des résultats insuffisants, elle est répugnante pour la malade, incommode pour le chirurgien, elle prédispose à l'avortement, aussi avec Baudelocque, Négrier, Maygrier et Bleynie ne serons-nous guère tentés de l'employer bien qu'elle l'ait été parfois heureusement.

Obs. 66. — Amussat, *Mém.*, obs. I. — 6 accouchements antérieurs. Rétroversion complète de l'utérus au 3e mois de la grossesse. Réduction au moyen d'un doigt introduit dans le rectum.

Accouchement à terme. Récidive au 3e mois de la grossesse suivante. Utérus en situation normale à la suite.

Obs. 67. — Wanters, Charles, obs. VIII. — Femme de 35 ans, prolapsus utérin. Accidents de rétroversion pendant les deux premières

grossesses terminées par un avortement. Les accidents se reproduisent au 3e mois de la grossesse. Le lendemain de leur apparition, réduction au moyen de l'index introduit dans le rectum.

Miction spontanée 21 jours après. Grossesse allant à terme sans accidents.

Obs. 68. — Vandorpe de Courtrai, Charles, obs. X. — Rétroversion de l'utérus à 3 mois 1/2 de grossesse, à la suite d'un effort.

Rétention d'urine le troisième jour. Evacuation de l'urine obtenue en repoussant la tumeur.— Réduction le lendemain, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, la femme étant placée dans la position genu-pectorale.

Obs. 69. — Wittich (d'Eisenach), *Gaz. méd. de Paris*, 1869. — Femme de 28 ans, IIIpare. Rétroversion de l'utérus à 4 mois de grossesse. Dysurie depuis un mois. Exfoliation de la muqueuse vésicale. Réduction à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum. Avortement le même jour. Récidive de la rétroversion six jours après l'expulsion du fœtus. Réduction facilement obtenue. L'année suivante, nouvelle grossesse sans incident et accouchement à terme.

Obs. 70. — Charles, obs. XVII. — Femme de 29 ans. 2 accouchements antérieurs. Rétroversion au 4e mois de la 3e grossesse depuis 17 jours. Tentatives de réduction sans résultat dans la position horizontale. Réduction au moyen de deux doigts introduits dans le rectum, la femme étant placée dans la position genu-pectorale. Miction spontanée 20 jours après la réduction.

Grossesse allant à terme sans incident.

Obs. 71. — Charles, obs. XVIII. — Primipare, promontoire saillant. Au 4e mois de la grossesse, rétention d'urine, ténesme vésical et rectal. Cathétérisme, évacuation de 2 litres d'urine. Réduction au moyen de deux doigts introduits dans le rectum.

Obs. 72. — Hubert, obs. LXXVI, Charles. — Femme de 47 ans. 8 accouchements antérieurs. Latéro-rétroflexion de l'utérus. Grossesse môlaire. Douleurs. Ecoulement sanguin. Rétention d'urine. Cathétérisme. Réduction à l'aide de deux doigts dans le rectum (décubitus latéral). Un mois après, expulsion de la môle hydatiforme et hémorrhagie. Guérison.

Obs. 73. — Gallard, obs. CXI, Charles. — Femme de 30 ans. Vpare. Un accouchement à terme. 2e et 3e accouchements normaux ; suites de couches normales. 4e grossesse, avortement à 3 mois 1/2 suivi de rétroversion de l'utérus. Rétroversion au 4e mois de la 5 grossesse.

Cathétérisme et expectation pendant 4 jours, persistance de la rétroversion. Réduction à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum. Accouchement à terme.

Obs. 74. — Godefroy, *Gaz. des hôp.*, 1859. — Rétroversion de l'utérus au 4e mois de la grossesse. Miction par regorgement. Début des accidents 6 semaines auparavant.

Cathétérisme, évacuation de 6 litres d'urine.

Réduction à l'aide de 3 doigts introduits dans le rectum, la malade étant placée de telle façon que la partie antérieure des jambes et des cuisses reposait sur le lit, la tête et les mains appuyées sur le sol.

Guérison. Accouchement à terme.

Obs. 75. — Thèse Godefroy, obs. IV. — Multipare enceinte de 4 mois et demi. Dysurie. Constipation. Rétention d'urine et des matières le 7e jour. Réduction dans la position de Godefroy. Au moyen de quatre doigts introduits dans le rectum. Miction spontanée aussitôt réduction. Grossesse normale ensuite.

Obs. 76. — Th. Godefroy, obs. I. — Femme de 32 ans. 2 accouchements antérieurs. Nouvelle grossesse. Dysurie au 3e mois. Rétention d'urine au 4e mois. Cathétérisme. Tentative inutile de réduction par le vagin. Réduction au moyen de 4 doigts introduits dans le rectum. Accouchement à terme.

Obs. 77. — Barth, *Gaz. des hôp.*, 1864. — Femme de 38 ans. 2 grossesses antérieures terminées par des accouchements normaux. Rétroversion complète à 4 mois de grossesse. Cathétérisme Réduction à l'aide de la main (le pouce excepté) introduite dans le rectum. L'utérus cède peu à peu et, après quelques efforts modérés, fuit sous la pression. Défécation et miction spontanées le lendemain. Guérison.

Obs. 78. — Barrier, obs. XCVII, Charles. — Femme de 39 ans, 5 accouchements antérieurs normaux. Rétroversion à 4 mois 1/2 depuis une vingtaine de jours. Cathétérisme, réduction obtenue à l'aide des doigts introduits dans le rectum. Grossesse normale.

Obs. 79. — Dussaussois, obs. CXIII, Charles. — Femme de 38 ans. Vpare. Rétroversion au 3e mois de la grossesse. Réduction à l'aide de la main introduite dans le rectum.

Obs. 80. — Bron, *Gaz. des hôp.*, 1853. — Femme de 39 ans, 5 accouchements antérieurs normaux. Coliques et gêne dans l'émission des urines au 4e mois de la grossesse. Rétention d'urine. Col au-dessus de la symphyse.

Cathétérisme, rétention obtenue à l'aide de la main introduite dans le rectum (détente brusque ayant fait craindre la perforation de l'intestin). Relâchement du sphincter anal durant 6 jours. Grossesse à terme.

Obs. 81. — Kiwisch, in Pinard et Varnier, obs. IV, ch. II, p. 56. — Femme de 28 ans. Rétroversion de l'utérus gravide de 5 mois, cystite, cathétérisme, réduction à l'aide de la main introduite dans le rectum (position genu-pectorale), récidive au bout de quelques heures. Avortement provoqué dix jours après.

Obs. 82. — Courtois, *Gaz. des hôp.*, 1864. — Femme de 25 ans Ipare. Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse, tentatives inutiles de réduction, cathétérismes et purgatifs. Au 15e jour, fièvre qui augmente les jours suivants. Vers le 20e jour, sensation de craquement dans le ventre, douleurs plus vives, symptômes de péritonite. Le cathétérisme donne issue à une urine fétide, brunâtre, épaisse, rétention complète des matières, ventre ballonné. Le col de l'utérus fait hernie à la vulve, il y a rétroflexion et rétroversion de l'utérus.

Après un traitement médical de quelques jours, on tente la réduction : la femme ayant le siège élevé, on introduit toute la main dans le rectum. Deux tentatives restent infructueuses. On décide de pratiquer l'avortement le lendemain. La femme accouche la nuit suivante d'un fœtus mort ; elle meurt elle-même quelques heures après.

Obs. 83. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*, t. I, p. 165. — Rétroversion de l'utérus chez une multipare âgée de 25 à 28 ans, survenue au 3e mois de la grossesse à la suite d'une chute qu'elle fit étant chargée d'un lourd fardeau ; rétention d'urine ; tentatives inutiles de réduction par le rectum le lendemain ; réduction spontanée le jour suivant. Rupture des membranes. Morte une semaine après, pas d'avortement.

A l'introduction des doigts dans le rectum, on a joint l'introduction de deux doigts dans le vagin afin d'attirer le col en bas en même temps que l'on repousse le corps vers la cavité abdominale, essayant ainsi lorsqu'il y a rétroversion de la transformer en rétroflexion plus facile à réduire ; parfois le col se trouve au-dessus de la symphyse et par conséquent est inaccessible ; on a alors conseillé de le relever davantage, de le refouler en avant de façon à porter l'utérus horizontalement au-dessus du détroit supérieur, le fond remontant le long des vertèbres lombaires, l'organe se re-

dresse et redescend dans l'excavation, mais cette manœuvre peut être rendue impossible par la tension déjà exagérée de la paroi vaginale antérieure, des ligaments et aussi par le volume de l'utérus. On n'a pas craint dans ces cas de pénétrer dans l'orifice cervical et de l'accrocher avec des instruments différents. Cohnstein recommande même d'en saisir une des lèvres avec une pince. Ce procédé a pu réussir, mais il expose singulièrement à l'avortement et même s'il est pratiqué heureusement, la main introduite dans le rectum agit ensuite seule pour achever la réduction et on éprouve encore les difficultés déjà signalées.

Obs. 84.— Martin (de Tonneins), *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 375.— Rétroversion subite. Anesthésie au chloroforme. Réduction obtenue à l'aide de l'index gauche qui attire le col en bas pendant que la main droite entière introduite dans le rectum repousse l'utérus en avant. Accouchement à terme.

Obs. 85. — *De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus*. Parrical de Chamard, Th. Paris, 1876, n° 360. — Mme D..., 30 ans. 2 accouchements antérieurs à terme. Au mois d'avril 1872, M. Leblond constate une métrite chronique et une rétroversion utérine. Un an plus tard, sensation de pesanteur vers l'anus et la vulve, constipation, envies fréquentes d'uriner. La rétroversion se réduit aisément et se reproduit avec la même facilité.

Le 12 février 1875, la malade annonce qu'elle n'a pas eu ses règles depuis le 13 décembre ; elle a des vomissements qui reviennent irrégulièrement. M. Leblond qui a suivi la malade depuis trois ans constate que malgré un traitement varié, toniques, douches froides, pessaire, électricité, l'utérus est toujours en rétroversion. Il réduit facilement en introduisant un doigt dans le rectum et repoussant en avant sa face postérieure, pendant que l'indicateur de la main opposée est introduit dans le vagin de façon à repousser le col en arrière. Le 20 avril, l'utérus retombé en rétroversion est réduit aisément de la même façon. Un mois plus tard, Mme D..., sent remuer pour la première fois. L'utérus n'est pas retombé en rétroversion et l'accouchement a lieu à terme. Quelque temps après, on constate que l'utérus est de nouveau rétroversé.

Obs. 86. — Amussat, *Mém.*, obs. XII. — Rétroversion de la matrice chez une femme âgée de 30 ans, grosse de trois mois ; accidents survenus à la suite d'une chute ; rétention d'urine ; cathétérisme impossible avec une sonde de femme. Réduction heureuse par le vagin et par le rectum.

Obs. 87. — Guyot (de Rennes), *Mém. de* Godefroy. — Femme de 37 ans. Rétroversion à 3 mois de grossesse. Symptômes graves : anxiété, prostration des forces, pouls petit, fréquent, peau couverte d'une sueur froide. Cathétérisme. Réduction obtenue par le procédé de Godefroy. Siège élevé, 2 doigts dans le vagin, 3 doigts dans le rectum. Guérison. Grossesse normale.

Obs. 88. — Depaul, obs. II, *Acad. de méd.*, Paris, 30 août 1853. — Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Réduction obtenue dans la position genu-pectorale, Depaul ayant introduit deux doigts dans le vagin et deux doigts dans le rectum.

Obs. 89. — Teissier, *Gazette des Hôpitaux*, 1851. — Femme de 38 ans. 1 avortement et 4 accouchements à terme (4 applications de forceps). Prolapsus utérin. Constipation et dyspnée au 3e mois d'une nouvelle grossesse. Douleurs expulsives. Vomissements, pouls petit et fréquent. Cathétérisme. La femme étant couchée sur le dos, les genoux fléchis, le siège élevé, la main est introduite presque entière dans le rectum, un doigt de l'autre main, dans le vagin, attire le col en bas. L'utérus reprend sa place comme mû par un ressort. Guérison, grossesse à terme.

Obs. 90. — Parent (de Beaune), Charles, obs. XXXI. — Femme de 37 ans. 1 accouchement antérieur.— 2e grossesse : A 3 mois 1/2, douleurs lombaires et hypogastriques. Dyspnée, rétention d'urine, œdème, pouls fréquent (rétroversion méconnue). Après huit jours de douleurs, avortement. — 3e grossesse. Mêmes phénomènes que pendant la précédente, à 3 mois 1/2 cathétérisme donnant issue à 7 litres d'urine. Réduction dans le décubitus dorsal, 2 doigts de la main gauche dans le vagin, 2 doigts de la main droite dans le rectum (bassin large, ligaments relâchés). Récidive, nouvelle réduction. Deuxième récidive suivie de réduction. Cathétérisme fréquent. A 4 mois, l'utérus déborde le détroit supérieur, légère rétention qui cesse avec le repos au lit. — 4e grossesse. Mêmes accidents. Sonde à demeure pendant quelques jours, grossesse à terme.

Obs. 91.— Parent (de Beaune), obs. XLIV, Charles. — Femme de 39 ans, 2 accouchements antérieurs. Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Cathétérisme évacuant 6 litres d'urine fétide et colorée. Insuccès du procédé de Grégoire (2 doigts dans le vagin, 2 doigts dans le rectum). Réduction dans la position genu-pectorale par la main entière dans le rectum, en refoulant le fond de l'utérus à droite. Récidive le lendemain. Même procédé de réduction et même succès. Accouchement à terme.

La réduction manuelle vaginale présente-t-elle des avantages sur les méthodes précédentes ? La situation du vagin, sa dilatabilité, son éloignement des parties osseuses et la facilité avec laquelle par conséquent on pourra agir par cette voie paraissait fournir des avantages indiscutables. L'utérus dévié fait saillie dans le vagin ou est incliné en arrière de lui à peu de distance, la main arrive donc facilement sur le fond de l'organe ou sur sa paroi postérieure et à aucun moment n'en gêne l'ascension ; l'utérus refoulé ainsi par vis a tergo n'aura aucun obstacle à vaincre en admettant que le cathétérisme de la vessie ait été pratiquée auparavant. Existe-t-il des adhérences en voie de ramollissement, l'effort dont on use suffit à les rompre. La main a un contact presque immédiat et surtout constant avec l'utérus ; la paroi vaginale postérieure se laisse déprimer facilement en arrière à mesure que l'organe est refoulé, elle s'invagine pour ainsi dire dans la cavité rectale, plus haut elle déprime le cul-de-sac de Douglas et peut suivre ainsi l'utérus jusqu'à ce qu'il ait dépassé le promontoire. Si le col est inaccessible, s'il est situé au-dessus de la symphyse, on le repoussera à travers la paroi abdominale en arrière et en bas au moyen de l'autre main appliquée au-dessus du pubis ; l'œuf subissant ainsi une pression en ce sens inverse sur ses deux pôles tourne avec l'utérus sans risquer de se détacher de sa paroi ; cette manœuvre bipolaire ne devient nécessaire que dans les cas d'enclavement ; mais le refoulement seul du corps suffit souvent, il est obtenu même parfois avec un doigt ou deux.

On a pensé que la position pouvait faciliter la réduction vaginale, comme la réduction rectale, aussi un certain nombre de procédés ont-ils été employés mais sans grand avantage, les succès sont dus surtout à l'efficacité de l'intervention.

Observation 92 (personnelle). — Recueillie à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard.

Catherine M..., IIpare, 23 ans. Réglée à 11 ans. Règles très douloureuses, durant chaque fois trois ou quatre jours ; peu à peu ces douleurs se calmèrent et vers l'âge de 15 ans les règles deviennent normales, non douloureuses.

Mariée à 18 ans.

A 20 ans, 1895, accouchement : sommet spontané à terme, garçon élevé au sein, actuellement vivant. La sage-femme qui fit l'accouchement dut pratiquer la délivrance artificielle. L'accouchée se lève le huitième jour et vaque aux occupations de son ménage. Dix-huit jours après, elle ressentit brusquement dans le bas-ventre une douleur très vive surtout au niveau de la région lombaire, la forçant à marcher courbée et s'accompagnant d'une constipation assez opiniâtre. La malade était forcée d'être presque continuellement étendue, ne se levant que pour donner des soins à son enfant. Cet état persista avec acuité pendant 3 semaines. A ce moment, elle alla consulter à l'hôpital Bichat ; on diagnostique une rétroversion de l'utérus et on lui conseilla de se faire opérer. Mais comme elle nourrissait alors son enfant, elle résolut d'attendre quelque temps. Les douleurs se calmèrent du reste et vers le mois d'avril 1896 elle ne ressentait plus que quelques tiraillements dans le bas-ventre lorsqu'elle se baissait, ou à la suite de fatigue. La malade avait eu son retour de couches 30 jours après l'accouchement. Depuis, les règles furent normales, accompagnées seulement de quelques douleurs. La constipation persistait : la malade ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide de lavements.

2e grossesse. Dernières règles du 22 au 25 avril 1898. Le 1er juin, les douleurs réapparaissent dans le bas-ventre, avec sensation de tiraillement dans cette région et douleurs lombaires. Pendant une dizaine de jours, la malade ne peut pas marcher. Les douleurs n'augmentent pas jusqu'au 6 août, époque à laquelle la femme vient consulter à la Clinique Baudelocque. Depuis le début de sa grossesse, constipation opiniâtre, mictions fréquentes, forçant la femme à se lever 5 ou 6 fois la nuit ; dans la journée, elle urine à peu près toutes les heures ; de temps en temps la fin de la miction est douloureuse.

Au palper, on ne sent aucune tumeur dans l'hypogastre.

A la percussion, légère submatité commençant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher, col abaissé arrivant au niveau du bord inférieur de la symphyse, dans l'axe du vagin. Derrière le col, sillon séparant une masse qui remplit l'excavation et qui descend jusqu'au niveau du plancher pelvien ; cette masse est mollasse.

Par la palpation et le toucher combinés, on délimite la partie supérieure de cette masse qui remonte dans l'abdomen à environ 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Rien dans les culs-de-sac latéraux. Le cul-de-sac antérieur très profond est libre.

Le 11 août, M. Varnier pratique le toucher vaginal et redresse l'utérus sans difficulté ; mais il ne semble pas que cette réduction doive être complète et définitive.

Néanmoins elle persiste les jours suivants.

Et la malade guérie quitte la clinique le 18 août 1898.

Observation 93 (personnelle). — Recueillie à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard.

Gabrielle D..., VIIpare, 34 ans, mécanicienne.

Réglée à 19 ans, toujours régulièrement depuis.

1re grossesse terminée le 24 juin 1886 par un avortement au 3e mois. A la suite duquel elle a gardé le lit pendant un mois : fièvre, hémorrhagie. Elle redevient néanmoins enceinte pendant le mois de juillet suivant.

2e grossesse, conduite à terme sans accident. Accouchement le 12 août 1887, fille actuellement bien portante, présentation du sommet, nourrie au sein pendant 20 mois.

3e grossesse normale. Accouchement le 16 novembre 1889, à terme, fille vivante, présentation du sommet, élevée au sein, morte à 5 ans de fièvre typhoïde.

4e grossesse normale conduite à terme. Accouchement le 11 janvier 1893, présentation du siège, fille élevée au sein, actuellement vivante, mais qui semble atteinte d'une affection nerveuse (athétose ?) à la suite d'un accouchement pénible.

5e grossesse normale. Accouchement le 1er octobre 1895, à terme, garçon élevé au sein actuellement vivant, atteint semble-t-il de tuberculose.

Dernières règles du 15 au 20 mai 1898.

La femme n'a pas encore senti remuer.

Le 15 septembre 1898, la malade a été prise subitement de rétention d'urine, elle n'urinait qu'en petite quantité, éprouvant alors de violentes douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement et qui lui faisaient croire à un avortement imminent. C'est ainsi qu'elle entre le 18 septembre à la clinique Baudelocque à 11 heures du matin. On pratique le cathétérisme et on évacue environ 2 litres d'urine.

Le 19. — M. Varnier constate une rétroflexion de l'utérus gravide et il en opère immédiatement la réduction qui est facilement obtenue à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin.

Le 22. — On constate que la réduction est restée complète. La malade sondée régulièrement jusqu'alors peut, à partir de ce jour, uriner seule avec quelque peine, éprouvant une sensation de cuisson assez vive pendant la miction et qui persiste pendant une heure. Il y a eu en effet une infection vésicale ce qui a nécessité un lavage de la vessie à l'eau boriquée.

Lorsque la femme quitte la clinique le 25 septembre, elle va tout à fait bien.

Obs. 94. — Schuhl, *Arch. de tocol. et de gyn.*, juillet 1894, p. 546-549. — Femme de 25 ans, IIpare. — Deux mois après son mariage, fut prise de douleurs lombaires. Un examen pratiqué alors, en janvier 1889, fit

reconnaître une rétroflexion adhérente de l'utérus. Des tentatives de réduction furent alors tentées en vain. Après quelques jours de repos les douleurs disparurent.

Quelques mois après, avortement au 3e mois de la grossesse et on constate un mois après l'avortement que l'utérus est en rétroflexion : la femme n'éprouve du reste aucune gêne ; les tentatives de redressement sont faites sans résultat.

En novembre 1892, suppression de règles, vomissements le matin En janvier 1893 la femme éprouve de la gêne à la miction. On trouve alors l'utérus augmenté de volume et toujours en rétroflexion ; on tente alors la réduction dans la position genu-pectorale, mais comme on ne peut l'obtenir on engage la femme à garder le lit.

Huit jours après, rétention complète d'urine, ténesme vésical. On trouve alors le col de l'utérus derrière la symphyse pubienne, le corps occupant l'excavation pelvienne.

On évacue par le cathétérisme 1200 grammes d'urine et on réduit alors facilement l'utérus au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, la femme étant dans la position genu-pectorale. La réduction est complète ; le fond de l'utérus est élevé à cinq centimètres au-dessus du pubis.

La femme garde le lit trois semaines.

Depuis, aucun malaise. Accouchement à terme le 25 juillet.

Obs. 95. — Trovati, *Pammatone*, n° 5, juillet 1897, obs. I, page 4.— IIpare de 25 ans. 1er accouchement à terme,spontané.

Aménorrhée depuis un certain temps. Souffre depuis 20 jours de troubles généraux, surtout gastro-intestinaux, douleurs dans le ventre. Signes de grossesse évidents. Tumeur fluctuante dans l'abdomen, remontant au-dessus de l'ombilic. Dans le vagin, tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, fixe, indolente et repoussant la paroi postérieure. Col utérin comprimé contre le pubis.

Cathétérisme donnant issue à 7 litres d'urine trouble, ammoniacale. On constate alors que la tumeur abdominale qui n'était autre que la vessie distendue a disparu.

La femme est placée en position dorso-lombaire et on procède à la réduction. Deux doigts introduits dans le vagin exercent une pression graduelle sur le fond de l'utérus de bas en haut, d'arrière en avant, de gauche à droite, cherchant ainsi à faire coïncider le diamètre longitudinal de l'utérus avec le diamètre oblique gauche du bassin ; l'organe reprend facilement sa situation normale.

La grossesse continue à évoluer et se termine par un accouchement spontané.

Obs. 96. — Massart, *Journal des sages-femmes*, 1er octobre 1877, p. 340-342. — Femme de 40 ans. 4 accouchements antérieurs faciles

et rapides, à la suite de grossesses normales et à terme. Rétroversion de l'utérus gravide de 3 mois et demi. Cathétérismes. Tentatives vaines de réduction par différents procédés pendant 4 jours. Réduction obtenue le 5e jour au moyen de la main introduite dans le vagin, la femme étant debout. Application d'un pessaire qui est laissé en place pendant 2 mois. Grossesse normale. Accouchement rapide à terme.

Quatorze mois après l'accouchement, l'utérus est trouvé dans sa situation normale.

Obs. 97. — L. B., *Journal des sages-femmes*, 1er octobre 1887, p. 337. — Femme jeune, mariée depuis quelques mois. Dernières règles le 10 août 1886. Eprouve dans la nuit du 22 décembre suivant des douleurs lombaires. Rétention d'urine, constipation. Rétroversion de l'utérus gravide de 4 mois environ.

Le lendemain, miction spontanée. Réduction digitale par le vagin facilement obtenue en attirant le col en bas, la femme étant dans la position genu-pectorale.

La femme se lève le 24 décembre. Le lendemain, douleurs et impossibilité d'uriner. Récidive de la rétroversion. Réduction digitale par le vagin dans la position genu-pectorale.

10 jours après, nouvelle récidive. Réduction par le même procédé, tenté 4 jours sans succès, réussissant le 5e jour.

Grossesse dès lors sans accident.

Accouchement normal et facile le 28 mai.

Suites de couches normales.

La rétroversion s'est reproduite après la grossesse.

Obs. 98. — Audebert, *Presse méd.*, 22 septembre 1897, no 78, p. 173. — IIpare. A la suite de la 1re grossesse, endométrite infectieuse avec rétroflexion consécutive. 2e grossesse douze jours après la 1re, dès les premiers jours saliorrhée. A 2 mois 1/2 état grave. L'examen est alors pratiqué : au-dessus du pubis, on ne peut percevoir le globe utérin ; le col, ramolli en partie, mais sans érosion, ni déchirure, est fortement porté en avant et remonté derrière la symphyse ; sa lèvre antérieure est en contact avec le pubis ; toute la moitié postérieure de l'excavation est occupée par une tumeur rénitente et élastique, douloureuse au toucher, assez volumineuse et se continuant avec le col dont elle n'est séparée que par une courbure assez marquée. Rétroflexion de l'utérus gravide.

Réduction vaginale facile à l'aide de deux doigts, dans la position genu-pectorale. On place pendant 12 heures un tampon de ouate dans le cul-de-sac postérieur.

Au bout de 3 jours, cessation des accidents. Accouchement à terme, normal.

Obs. 99. — Obs. V, thèse de Bellisent, Montpellier, 1883. — Femme qui, en soulevant un baquet, est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre au 4e mois de la grossesse. 2 heures après, on constate une rétroversion complète de l'utérus. Vessie légèrement distendue, cathétérisme, bain, lavement, réduction de la position genu-pectorale au moyen de la main entière, introduite dans le vagin. Décubitus ventral et latéral. Guérison. Accouchement à terme à la maternité de Nîmes.

Obs. 100. — Desgranges, Charles, obs. IX. — Primipare enceinte de 3 mois 1/2. A la suite d'une chute sur le ventre, rétention d'urine, douleurs et constipation. Huit jours après, cathétérisme, réduction manuelle vaginale, pessaire. Grossesse à terme.

Obs. 101.— Ronvaux (de Namur), *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, juillet 1874, Charles, obs. XXVII. — Femme de 40 ans. Au 3e mois de la grossesse, œdème des membres inférieurs, douleurs, constipation, rétention et incontinence d'urine, cathétérisme, tentative de réduction de l'utérus avec un seul doigt dans le vagin, réduction obtenue à l'aide de la main dans le vagin. Guérison. Grossesse à terme.

Obs. 102. — Williams Bartlett, Charles, obs. XLI. — Femme de 25 ans. Au 7e mois de la grossesse, rétention d'urine, douleurs. Rétroversion, anxiété, pouls rapide, peau chaude, céphalalgie, nausées, délire, vomissements. Tentative de réduction par la méthode de Grégoire. Réduction obtenue à l'aide de la main introduite dans le vagin. Quelques jours après, récidive facilement réduite. Accouchement à terme.

Obs. 103. — Hubert, obs. 10 ; Charles, obs. XXXVIII. — Femme de 31 ans. 8 accouchements antérieurs.— 9e grossesse: 3e mois, rétroversion, hémorrhagie. Réduction facile par le vagin. Avortement le lendemain.— 10e grossesse : 2e mois, rétroversion. Réduction facile. 2 récidives dans les 5 jours suivants. Grossesse à terme.

Obs. 104. — Hubert, obs. 3 ; Charles, obs. XXXVII. — Excavation pelvienne large. Premier accouchement à 7 mois. 2e grossesse, à 2 mois 1/2, douleurs, envies fréquentes d'uriner, pertes de sang. Rétroversion. Réduction faite par l'index et le médius qui accrochent le col. Avortement la nuit suivante. 5 grossesses suivantes, qui pendant les 3 premiers mois donnent lieu à de la difficulté de la miction et douleurs. Toutes à terme. L'une a été suivie, à la suite d'un effort de rétroversion réduite au moyen de 4 doigts qui repoussent le fond de l'utérus, la réduction étant achevée par une légère pression sur le col.

Rétroversion 2 mois après disparition des règles, perte de sang,

rétention d'urine. Réduction à l'aide de 2 doigts dans le vagin. Métrite exfoliative.

Obs. 105. — Hubert, obs. 11 ; Charles, obs. XXXIX. — Femme ayant eu successivement : un accouchement à terme, un avortement, trois accouchements et un avortement. La 2e et la 6e grossesse ont été compliquées de rétroversion entre 2 et 3 mois, réduction facile. Avortement. La réduction a été opérée les deux fois alors qu'il y avait déjà des contractions utérines et une perte de sang assez abondante.

La 5e grossesse a été compliquée de rétroversion entre 2 et 3 mois. Rétention d'urine et constipation opiniâtre. Réduction dans le décubitus latéral à l'aide de 4 doigts dans le vagin. Accouchement à terme.

Obs. 106. — Hubert (de Louvain) ; Charles, obs. XXXVI. — Vpare (bassin large). 2 avortements dus à une rétroversion utérine. 3e grossesse à terme. 4e grossesse à terme, pénible les quatre premiers mois. Rétroversion. 5e grossesse. A 3 mois 1/2, constipation, rétention d'urine. Cathétérisme. Décubitus latéral. Réduction pénible de l'utérus, enclavé au moyen de 4 doigts par le vagin. Grossesse à terme. La rétroversion se reproduit après l'accouchement.

Obs. 107. — Hubert (de Louvain) ; Charles, obs. XIII. — VIpare. Rétroversion ayant débuté à 3 mois 1/2, légère perte de sang. Rétention d'urine et incontinence. Cathétérisme. Réduction difficilemeut obtenue à 4 mois 1/2 à l'aide de 4 doigts introduits dans le vagin, la main gauche déprimant à travers la paroi abdominale le segment inférieur de l'utérus.

Accouchement à terme. Au 3e mois de la grossesse suivante, troubles de la miction, cathétérisme. Accouchement à terme.

Obs. 108. — Hubert, Charles, obs. XCII. — Rétroflexion à 2 mois 1/2 de grossesse. Réduction retenue au moyen de l'index et du médius de la main droite introduite dans le vagin. Grossesse normale.

Obs. 109. — De France, Charles, obs. LV. — Femme de 30 ans, 3 accouchements antérieurs. Au 3e mois de la 4e grossesse, dysurie, rétention d'urine, constipation opiniâtre. Cathétérisme, issue de 1500 grammes d'urine. Réduction obtenue à l'aide de 4 doigts introduits dans le vagin. Grossesse à terme.

Obs. 110. — Mattei, Charles, obs. LXV. — Rétroversion à 2 mois 1/2 d'une 3e grossesse. — Réduction par le vagin. Grossesse normale ensuite.

Obs. 111. — Davreux, Charles, obs. LXVI. — Femme de 17 ans.

Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Douleurs, légère perte de sang, ténesme rectal et vésical. Lavement à l'huile de ricin. Réduction à l'aide de deux doigts par le vagin. Grossesse à terme.

Obs. 112. — Négrier, Charles, obs. LXXIII. — Femme de 30 ans, IIpare. Rétroversion au 4e mois. Rétention d'urine et des matières. Vomissements bilieux. Réduction manuelle par le vagin. Accouchement à terme.

Obs. 113. — De France, Charles, obs. LXXXIX. — Femme de 25 ans. 2 avortements au 5e mois dont le 2e gémellaire. Au 3e mois d'une 3e grossesse, vomissements incoercibles, dysurie, défécation pénible. Rétroversion. Lavements. Cathétérismes. Réduction facilement obtenue par le vagin. Accouchement à terme.

Obs. 114. — Thèse Godefroy, obs. II ; Charles, obs. XCIII. — Femme de 25 ans. IIpare. Rétention d'urine au 3e mois de la grossesse. Ecoulement de glaires sanguinolentes par la vulve. Cathétérisme donnant issue à 2 litres d'urine. Réduction facile à l'aide de l'index par le vagin. Récidive le lendemain, cathétérisme (1 litre d'urine). Réduction facile. Grossesse normale ensuite.

Obs. 115. — Godefroy, *Mém.*, obs. 3 ; Charles, obs. XCIV. — Femme de 36 ans. IIIpare. Rétroversion à 3 mois de grossesse, méconnue pendant un mois. Rétention d'urine. Tuméfaction de la vulve. Coloration violacée de la muqueuse. Réduction dans la position recommandée par Godefroy, obtenue à l'aide du poing introduit dans le vagin. Grossesse normale.

Obs. 116. — Négrier, Charles, obs. CIII. — Femme de 30 ans. Un avortement antérieur. Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse (môlaire). Réduction obtenue à l'aide de 4 doigts par le vagin, expulsion de la môle le lendemain. Deux ans après, rétroversion à quatre mois de la grossesse suivante. Réduction à l'aide du poing. Guérison. Grossesse normale.

Obs. 117. — Négrier, Charles, obs. CIV. — Femme de 44 ans, IVpare. Rétroversion à 4 mois de grossesse. Rétention d'urine et des matières. Pas de cathétérisme. Réduction à l'aide du poing par le vagin. Guérison. Accouchement à terme.

Obs. 118. — Négrier, Charles, obs. CV. — Femme de 42 ans. IIpare. Rétroversion à 4 mois de grossesse, méconnue pendant 15 jours. Accidents graves : fièvre, vomissements. Ventre douloureux et volumineux. Cathétérisme. Réduction au moyen du poing. Récidive le lendemain

suivie de réduction facile. Troubles de la miction pendant un mois et demi. Accouchement à terme.

Obs. 119. — Vignard, Charles, obs. CVII. — Femme de 30 ans. 3 accouchements antérieurs normaux. Rétroversion à 3 mois de grossesse. Douleurs. Ténesme, pesanteur rectale. Réduction à l'aide de 4 doigts par le vagin. Accouchement à terme.

Obs. 120. — Vignard, Charles, obs. CVIII. — Femme de 29 ans. Ipare. Rétroversion au 4e mois de la grossesse. Douleurs, rétention d'urine. Réduction à l'aide de 4 doigts par le vagin. Récidive, réduction facile. Accouchement à terme.

Obs. 121. — Vignard, Charles, obs. CIX. — Femme de 25 ans. Deux avortements au 5e mois. Rétroversion à 3 mois et demi de la 3e grossesse, vomissements incoercibles. Réduction par le vagin, cessation des vomissements. Accouchement à terme.

Obs. 122. — Quintin, Charles, obs. CX. — Femme de 44 ans. VIIpare. Rétroversion à 2 mois et demi de grossesse. Rétention d'urine, symptômes généraux. Cathétérisme, évacuation de 10 pintes d'urine ammoniacale, brune, mêlée de mucosités. Cystite. Réduction bipolaire, par le vagin et la paroi abdominale. Guérison. Accouchement à terme.

Obs. 123. — Thèse Gougis, obs. 2 ; Charles, obs. CXVII. — Femme de 33 ans. Rétroversion lente, ayant débuté au 2e mois de la grossesse complétée par une cause subite. Cathétérisme. Réduction par le vagin, position genu pectorale. Accouchement à terme.

Obs. 124. — Palante, *Ann. de la Soc. méd. chir.*, Liège, 1846, p. 134 ; — Charles, obs. CXVIII. — Femme de 29 ans. IIIpare. Rétroversion à 3 mois de grossesse. Insuccès du procédé d'Amussat. — Réduction par le vagin, position genu-pectorale. Accouchement à terme.

Obs. 125. — Bleynie, obs. I, *Gaz. des hôp.*, 1863. — Femme ayant eu 2 grossesses heureuses, prise au 4e mois de la 3e grossesse de rétention d'urine et des matières. Utérus en rétroversion, col appliqué contre la partie supérieure de la symphyse pubienne. Cathétérisme. Tentatives de réduction inutiles faites en introduisant 2 doigts dans le vagin soit pour refouler le fond de l'utérus en haut, soit pour attirer le col en bas. La femme est mise dans la position genu-pectorale. Bleynie introduit toute la main dans le vagin, face dorsale tournée vers la concavité du sacrum ; il repousse au moyen des doigts indicateurs, médius et annulaires le fond de l'utérus jusqu'au-dessus du promontoire. Décubitus abdominal. Lavements, cathétérisme 2 fois par jour. Repos au lit 3 semaines. Grossesse allant à terme.

Obs. 126. — Bleynie, obs. III, *Gaz. des hôp.*, 1853. — Multipare âgée. Rétroversion au 4e mois de la grossesse, datant de 3 semaines. Impossibilité de la défécation. Incontinence d'urine par regorgement. Réduction obtenue à l'aide de toute la main introduite dans le vagin, la femme étant mise dans la position genu-pectorale. Accouchement à terme.

Obs. 127. — Léon Gros, *Bull. de Thér.*, janvier 1869. — Rétroversion de l'utérus au 4e mois de la grossesse, chez une primipare. Ténesme vésical sans rétention. Réduction à l'aide de 3 doigts par le vagin. Grossesse normale ensuite. Aucun accident dans les deux grossesses qui ont suivi.

Obs. 128. — Amussat, *Mém.*, obs. XVII ; Charles, obs. LXXII. — Rétroversion de la matrice chez une femme âgée de 25 ans, grossesse de 3 mois ; accidents survenus à la suite d'un excès de fatigue ; difficulté d'uriner et d'aller à la selle ; douleurs abdominales ; réduction par le vagin. Guérison.

Obs. 129. — Trovati, *Pammatone*, juillet 1897, n° 5, obs. II, p. 7. — Multipare de 35 ans ayant eu 4 grossesses normales à terme. Prise de rétention d'urine au 4e mois d'une nouvelle grossesse, entre à l'hôpital souffrant beaucoup. T. 38°. Depuis 4 jours ne peut plus émettre une goutte d'urine. La vessie est distendue comme l'utérus au 6e mois de la grossesse. Le corps de l'utérus remplit le vagin, le col est derrière la symphyse. On pratique le cathétérisme qui donne issue à une urine purulente, fétide, contenant des lambeaux de muqueuse nécrosée. On obtient facilement la réduction de l'utérus à l'aide de la main introduite dans le vagin. La femme sort guérie treize jours après la réduction.

Obs. 130. — Bleynie, obs. IV, *Gaz. des hôp.*, 1853. — Multipare enceinte de 3 ou 4 mois. Rétention d'urine et des matières. Rétroversion utérine telle que le col se trouve au-dessus de la symphyse pubienne. Cathétérisme. Réduction obtenue à l'aide de la main introduite dans le vagin, la femme étant dans la position genu-pectorale. Guérison.

Obs. 131. — Gosselin, *Gaz. des hôp.*, 1860 ; Charles, obs. CVI. — Femme de 40 ans. Rétroversion à 2 mois de grossesse. Rétention d'urine, selles rares. Ténesme vésical. Augmentation de volume du ventre, œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. Cathétérisme donnant issue à 4 ou 5 litres d'urine. Gosselin tente d'introduire deux doigts dans le rectum, mais ne peut aller assez profondément, opère la réduction à l'aide du poing par le vagin. Les jours suivants : perte d'appétit, frisson, douleurs pelviennes, ventre ballonné, douloureux à la pression. Guérison.

Obs. 132. — Cazeaux, Charles, obs. XC. — Rétroversion à 3 mois de grossesse. Tentative de réduction faite par Cazeaux à l'aide des doigts introduits dans le vagin, insuccès. Réduction obtenue à l'aide de la main entière par le vagin.

Obs. 133.— Martin (de Lyon), Charles, obs. LXXXIII.— Rétroversion utérine au 3e mois de la grossesse. Plusieurs tentatives faites en vain par Martin pour replacer l'utérus avant d'avoir évacué le contenu vésical. Réduction facile dès que l'urine est évacuée. Grossesse à terme. Deux ans après, l'utérus avait encore une tendance à la rétroversion.

Obs. 134. — Martin jeune, Amussat, *Mém.*, obs. XI. — Rétroversion de la matrice chez une femme grosse de 3 mois ; accidents survenus à la suite d'un coup sur le ventre ; rétention d'urine ; réduction par le vagin ; récidive quelques heures après, la malade s'étant levée ; réduction par le même procédé, accouchement heureux.

Obs. 135. — Amussat, *Mém.*, obs. XIII. — Rétroversion de la matrice chez une femme âgée de 42 ans, grosse de 3 mois, accidents survenus après des efforts pour soulever un fardeau pesant ; rétention d'urine et des matières, cathétérisme, lavement. Réduction heureuse à l'aide de 3 doigts introduits dans le vagin.

Obs. 136. — Martin jeune, Amussat, *Mém.*,obs. XV. — Rétroversion de la matrice au 4e mois de la grossesse ; rétention d'urine ; réduction par le vagin ; accouchement heureux.

Obs. 137. — Martin jeune, Amussat, *Mém.*, obs. XVI. — Rétroversion de l'utérus au 3e mois de la grossesse chez une multipare âgée de 32 ans. Rétention d'urine et des matières. Cathétérisme le 28e jour. Tentative de réduction au moyen de 2 doigts introduits dans le vagin, puis par le rectum sans succès. Réduction au moyen de la main introduite dans le vagin. Le repos n'ayant pas été gardé, 15 jours après, nouvelle rétroversion facilement réduite après cathétérisme.

Obs. 138. — Amussat, *Mém.*, obs. XXV.— Rétroversion de la matrice au 4e mois de la grossesse chez une femme âgée de 36 ans, VIIIpare ; accidents graves ; difficultés d'uriner, d'aller à la selle (fréquence du pouls, insomnie, altération générale, pas de vomissements) ; vingt et un jours après on reconnaît la rétroversion ; rétention d'urine ; cathétérisme ; réduction avec la main entière introduite dans le vagin. Accouchement heureux. Guérison.

Obs. 139. — *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 653, Amussat, *Mém.*, obs. XXI. — Rétroversion de l'utérus au 3e ou 4e mois de la grossesse

chez une IIIpare de 30 ans. Rétention d'urine pendant quatre jours. Abduction heureuse avec la main introduite dans le vagin par le Dr Schoninger.

Obs. 140. — Amussat, *Mém.*, obs. XIV; Charles, obs. C. — Rétroversion de la matrice chez une femme âgée de 33 ans, affectée depuis 10 ans d'une chute de la matrice ; accidents survenus à une époque de la grossesse qu'on n'a pas précisée ; difficulté d'uriner et d'aller à la selle ; réduction heureuse par le vagin.

Obs. 141. — Martin jeune, Charles, obs. XIV. — Rétroversion de l'utérus à 3 mois 1/2 de grossesse. Rétention d'urine, miction par regorgement. Cathétérisme. Réduction à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin. Accouchement à terme.

Obs. 142. — Thèse de France, obs. II. — Primipare de 29 ans. Rétroversion. Dysurie, douleurs lombaires et abdominales. Pouls fréquent. Peau chaude. Rétention d'urine. Cathétérisme donnant issue à 4 litres d'urine. Réduction au moyen de 4 doigts introduits dans le vagin, poussés vers l'angle sacro-vertébral. Récidive dans le cours de la même grossesse, facilement réduite. Accouchement à terme.

Obs. 143. — Bleynie, *Gaz. des hôp.*, 1853, obs. II. — Rétention et incontinence d'urine ; rétention des matières datant de 25 jours chez une femme enceinte de 4 mois. Corps de l'utérus appuyant sur le rectum, au niveau du coccyx, le col dépassant en avant et en haut la symphyse pubienne. Vaines tentatives de réduction à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin. Réduction obtenue à l'aide de la main introduite dans le vagin, la femme étant dans la position genu-pectorale. Accouchement 2 mois et demi après, d'un enfant qui mourut au bout de trois jours.

Obs. 144. — Amussat, *Mém.*, obs. X. — Rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse ; accidents survenus à la suite d'une émotion vive et d'un travail fatigant ; hémorrhagie utérine, douleurs abdominales, ténesme vésical et rectal ; réduction avec 2 doigts introduits dans le vagin, avortement. Guérison.

Obs. 145. — Hubert, Charles, obs. II. — Rétroversion à 2 mois et demi de grossesse chez une primipare. Réduction facile par le vagin, avortement la nuit suivante. Réduction à deux reprises, puis métrite. 18 jours après la première réduction, l'utérus reste fixé dans sa situation normale, 2 grossesses normales depuis.

Obs. 146. — Charles, obs. CI. — IIpare. Métrorrhagie légère datant

de 15 jours. Ténesme rectal, rétroversion, réduction au moyen de deux doigts par le vagin, placenta dans les caillots (guérison au bout de 6 semaines).

Obs. 147. — Monneret, thèse Cury. — Femme de 36 ans. 2 accouchements antérieurs. Rétroversion de l'utérus au 3e mois de la grossesse, cystite. 11 jours après le début des accidents, cathétérisme, réduction à l'aide de trois doigts introduits dans le vagin, position genu-pectorale. Avortement 18 jours après.

Obs. 148. — Chantreuil, in Charles, obs. XLIII. — IIIpare de 32 ans (2e accouchement avant terme, application du forceps). Rétroversion à 3 mois de grossesse avec rectocèle vaginale. Pas de symptômes généraux, cathétérismes.

Au bout de 3 jours, la réduction ne s'étant pas faite, réduction au moyen de la main introduite dans le vagin et complétée en attirant le col (position genu-pectorale). Avortement 7 jours après. L'utérus reste rétroverse.

Obs. 149. — Wasseige, de Liège ; in Charles, obs. XLII. — Primipare de 31 ans, rachitique. — Rétroflexion à 3 mois 1/2 de grossesse. Rétention d'urine, cathétérisme tenté inutilement. Œdème considérable des membres inférieurs, des parois abdominales, des parties génitales, plaques gangréneuses sur la muqueuse vaginale. Fièvre. Cathétérisme donnant issue à 3 litres 1/2 d'urine trouble, couleur chocolat, mêlée de sang et de pus. Réduction à l'aide d'un doigt dans le col, quatre doigts de l'autre main refoulant la paroi postérieure de l'utérus. Avortement 2 jours après.

Obs. 150. — Baynham (de Birmingham) ; Pinard et Varnier, obs. I, ch. II, p. 51. — Femme de 30 ans. IIpare. Effort violent à 4 mois et demi de grossesse, rétention d'urine. Cathétérisme un mois après l'accident. Cystite gangréneuse. Rétroversion de l'utérus réduite à 6 mois à l'aide de la main par le vagin. Avortement le lendemain.

Les observations qui précèdent nous permettent donc de dire avec Chapplain qu'en adoptant le procédé de réduction par le vagin on trouve rarement des rétrodéviations irréductibles, car les doigts, instruments souples et énergiques à la fois, peuvent dans la cavité vaginale répartir leur force sur une large surface de l'utérus, pousser une partie de l'organe avant l'autre et suivre peu à peu les progrès du redressement ; mais encore convient-il de réunir certaines conditions pour favoriser l'utilité de leurs mouvements.

L'anesthésie ne semble pas nécessaire comme pour la réduction par le rectum. La malade étant dans la position obstétricale, on introduit dans le vagin quatre doigts ou la main entière mise en cône, face palmaire en avant, les doigts écartés ensuite cherchent à atteindre la portion de l'utérus qui est la plus rapprochée du sacrum et la repoussent d'abord ; la réduction sera achevée assez facilement en général ; si l'utérus est arrêté par la saillie du détroit supérieur on cherchera à le faire passer par l'un des diamètres obliques du bassin, celui vers lequel il aura le plus de tendance à s'incliner. Mais le plus souvent on le sent fuir devant les doigts et brusquement leur échapper comme s'il était mû par un ressort, en même temps on peut percevoir un bruit spécial qui est dû à la rentrée de l'air dans les culs-de-sac vaginaux. La réduction est alors complète. Il convient ensuite de maintenir la malade au lit pendant une quinzaine de jours.

On doit veiller à l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, examiner les urines et s'assurer que la réduction persiste. La récidive qui pourrait se produire avant le quatrième mois est rare surtout si le repos au lit est absolu ; elle est impossible après cette époque de la grossesse, car le fond de l'utérus dépasse alors le promontoire.

Telle est la méthode que nous avons vu employer avec succès par le Professeur Pinard, M. Varnier et Hartmann. L'évacuation spontanée de l'urine a pu se faire quelques heures après la réduction ; il n'y a pas eu à signaler le moindre écoulement sanguin par le vagin, et la grossesse a suivi son cours normal jusqu'à terme.

Observation 151 (personnelle).

Mme D..., 43 ans, entre à l'hôpital Bichat (service du professeur Terrier), le 5 septembre 1895.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement même pendant qu'elle allaitait. 9 grossesses antérieures et un avortement.

1re grossesse en 1879. Accouchement à 7 mois d'un enfant mort-né. Gros enfant, au dire de la mère, présentant une tumeur céphalique du volume de la tête et diverses malformations : bec-de-lièvre, amputation congénitale des doigts, des pieds et des mains.

2e grossesse en 1880. Enfant né au 8e mois, actuellement bien portant.

3e grossesse normale.

4e grossesse. Accouchement au 7e mois. Au début de cette grossesse, la malade avait été prise de rétention d'urine légère, passagère, n'ayant pas nécessité le cathétérisme. Le médecin consulté alors ayant diagnostiqué un prolapsus de l'utérus ordonna le port d'une ceinture.

5e grossesse. Deux jumeaux nés au 6e mois et qui ont vécu quelques jours.

6e grossesse, normale.

7e grossesse. Accouchement gémellaire ; un garçon bien constitué et un fœtus de 3 mois, macéré.

8e grossesse. Avortement au 3e mois.

9e grossesse. Accouchement au 9e mois.

10e grossesse. Dernière apparition des règles le 2 juin 1895.

Quand la femme vient consulter à l'hôpital Bichat, on trouve la vessie distendue. Evacuation par cathétérisme de l'urine dont les dernières gouttes sont troubles.

Le col de l'utérus est près de la vulve, mou ; son orifice dans lequel le doigt pénètre facilement, regarde en bas et en arrière. Le doigt passe difficilement entre le col et la symphyse.

Par le palper abdominal, on ne sent pas le corps utérin ; celui-ci fait sur la paroi vaginale postérieure une saillie dont la limite inférieure est à un centimètre et demi de la fourchette. Le corps de l'utérus forme avec le col un angle aigu très appréciable au toucher ; il est mou et on sent à travers sa paroi les parties fœtales.

La réduction est opérée par M. Hartmann à l'aide de trois doigts introduits dans le vagin. L'extrémité de ces trois doigts accroche le fond de l'utérus et le fait glisser dans l'abdomen le long du sacrum jusqu'au delà du promontoire.

Aussitôt la réduction opérée, le col de l'utérus se trouve remonté, situé à 6 centimètres de l'orifice vulvaire. La tumeur qui faisait saillie à la paroi postérieure du vagin a complètement disparu. Par le palper, on constate que l'utérus a non seulement repris sa situation normale, mais qu'il est un peu en antéflexion.

La femme rentra chez elle aussitôt la réduction opérée. La grossesse évolue ensuite sans accident. Accouchement le 28 février 1896 d'un enfant bien portant. Suites de couches pathologiques qui forcent la femme à garder le lit pendant 45 jours.

Pas de grossesse depuis.

Actuellement la femme se plaint, au moment de ses règles, de pesanteur du côté du vagin, et ressent à ce moment de violentes douleurs dans le ventre. En dehors des règles, rien d'anormal.

OBSERVATION 152 (personnelle).

Marguerite F..., 20 ans, couturière. Entrée à l'hôpital Bichat, service du profeseur Terrier, salle Chassaignac, nº 6, le 7 janvier 1891.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement.

1re grossesse. Accouchement à terme au mois de mai 1889. Depuis, la malade a toujours souffert du ventre surtout pendant la menstruation.

Depuis le 23 *octobre* 1890, cessation des règles, mais à l'époque où celles-ci devraient apparaître, douleurs violentes dans le ventre, ces douleurs vont en augmentant et nécessitent le repos au lit à la fin de décembre. Depuis deux mois douleurs à la fin de la miction, envies fréquentes d'uriner.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate que le col un peu ramolli, est un peu abaissé et regarde en arrière. Le fond de l'utérus rétrofléchi est développé comme au 3e mois de la grossesse. A droite dans la profondeur, annexes un peu sensibles.

Le 11 *janvier*, réduction de la rétroflexion, opérée par M. Hartmann au moyen de 3 doigts introduits dans le vagin.

Le 15. — Légères douleurs abdominales.

Le 16. — Le toucher permet de constater que la rétroflexion ne s'est pas reproduite ; le col regarde en arrière, le cul-de-sac vaginal postérieur est libre.

Le 19. — Quelques douleurs abdominales et lombaires.

Le 20. — Nouvel examen :

Le col de l'utérus regarde en arrière vers l'excavation sacrée. Il est impossible d'atteindre le fond du cul-de-sac vaginal postérieur. En avant, on sent, surplombant le cul-de-sac antérieur et se continuant avec le col à angle plus petit qu'un angle droit, une tumeur de forme générale arrondie, dure, indolente, qui n'est autre que le corps de l'utérus augmenté de volume et antéfléchi.

Dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, on sent les annexes un peu augmentées de volume et douloureuses.

Du côté gauche, on ne peut sentir les annexes, mais on détermine un peu de douleur à la pression à gauche de l'utérus.

La grossesse a évolué sans accident à partir de ce moment et la femme a accouché à terme, à la Maternité de Lariboisière dans le service de M. Porak, le 5 juillet 1891, d'un enfant du sexe féminin pesant 3.300 grammes.

OBSERVATION 153 (personnelle). — Publiée dans les *Annales de gyn. et obst.*, 1894, p. 42.

Mme C... 30 ans, a mené sans incident deux grossesses à terme ; l'une en 1886, une deuxième en 1889. Depuis cette seconde grossesse,

les règles sont un peu plus fréquentes, avançant de 3 ou 4 jours, quelquefois même reviennent deux fois dans le même mois ; elles sont précédées de douleurs la veille de leur apparition.

Le 25 *novembre* 1892, elles sont apparues pour la dernière fois et cette suspension de règles a été accompagnée de maux de cœur, augmentation de volume des seins. Tout ce début de grossesse ne présenta rien de particulier.

C'est quinze jours avant son entrée à l'hôpital, trois mois après la dernière apparition des règles que la malade commença à éprouver une certaine difficulté pour uriner ; quelquefois il lui arrivait de faire 2 ou 3 tentatives infructueuses avant d'arriver à satisfaire le besoin d'uriner qu'elle éprouvait. Plusieurs fois par nuit elle était obligée de se lever pour uriner.

Il y a 8 jours, cette difficulté de la miction a considérablement augmenté et la malade n'arrive à uriner qu'au prix d'efforts violents.

Le 5 *mars* 1894, deux jours avant son entrée à l'hôpital Bichat, elle éprouva des difficultés telles qu'elle dut prendre un bain et y fit des efforts si violents qu'elle eut deux ecchymoses sous-conjonctivales. Depuis ce moment, elle souffre constamment et n'arrive à rendre que quelques gouttes d'urine.

Le 7 *mars* le ventre est globuleux, dépressible, manifestement fluctuant. La vessie dépasse l'ombilic. En écartant les lèvres de la vulve, on aperçoit le col, fendu à gauche, exulcéré au pourtour de son orifice, présentant une teinte bleuâtre.

A gauche existe une ecchymose bulbaire occupant tout le segment inférieur de l'œil, maxima au niveau du sillon inférieur ; la paupière inférieure présente sous sa face cutanée une teinte bleuâtre à peine appréciable. A droite, on trouve une ecchymose bulbaire identique ; l'ecchymose de la face cutanée de la paupière inférieure est plus marquée qu'à gauche. Aucune ecchymose, aucune contusion sur le pourtour des orbites.

Prenant une sonde à béquille n° 16, nous l'introduisons avec la plus grande facilité dans la vessie ; l'urine sort en jet. Lorsque 1200 grammes se sont écoulés, le liquide bavant par la sonde, nous cessons l'évacuation pour ne pas amener une déplétion trop brusque de la vessie. Cette urine est claire et l'on n'y trouve aucun microorganisme ni par l'examen sur lamelles ni par les cultures sur divers milieux. Cette démonstration de la stérilité de l'urine fut faite par l'interne du service, M. Morax.

La situation du col, une fois la vessie partiellement évacuée a changé. Il ne tend plus à sortir de la vulve ; en écartant fortement les lèvres de celle-ci, on voit que la partie qui se présente n'est plus l'orifice, mais la face antérieure de la lèvre antérieure. Enfonçant le doigt dans le cul-de-sac antérieur, on constate que la face antérieure du col se dirige en avant, laissant entre elle et le pubis, un espace suffisant pour admet-

tre le doigt. Déprimant ce même cul-de-sac antérieur aussi fortement que possible, on ne trouve pas de corps utérin. Celui-ci est cependant accessible à la main abdominale qui déprime fortement la paroi et le trouve dans l'excavation, arrondi, mou et dépressible. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur arrive du reste immédiatement au fond d'un sillon formé par la jonction du col et du corps, dont on apprécie les caractères avec la plus grande facilité.

L'existence de la rétroflexion d'un utérus gravide étant ainsi nettement établie, M. Hartmann refoule le corps utérin de bas en haut avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur. La réduction s'obtient avec la plus grande facilité et l'on constate immédiatement que le fond de l'utérus est à deux doigts de l'ombilic, à 6 au-dessus du pubis.

L'exploration du cul-de-sac antérieur permet de sentir nettement l'évasement du corps utérin. L'orifice du col regarde en bas et en arrière.

Depuis ce moment, la malade urine normalement, la réduction s'est maintenue sans tampon ni ceinture et la grossesse a continué sans incident pour se terminer par un accouchement à terme le 24 août 1894.

Observation 154 (personnelle).

M. H..., journalière, 26 ans. Entrée à l'hôpital Bichat, service du professeur Terrier, salle Chassaignac, le 17 décembre 1895.

Réglée à 12 ans, régulièrement.

Six grossesses antérieures normales, avec accouchements normaux. Mais les cinq derniers enfants nés tous à terme, bien constitués en présentation du sommet, sont morts quelques minutes après l'accouchement. La même sage-femme qui est intervenue chaque fois n'a jamais tenté de pratiquer l'insufflation pour les rappeler à la vie.

7e grossesse. Dernières règles cinq mois environ avant son entrée à l'hôpital. Le début de cette grossesse avait été normal. La femme se sentait seulement un peu fatiguée. Le 11 décembre après avoir soulevé un fardeau, elle éprouve la sensation d'une masse qui tend à sortir par le vagin. Douleurs expulsives. Depuis, elle urine goutte à goutte, par regorgement.

Elle entre à l'hôpital le 17 décembre à 10 heures du soir se plaignant de douleurs aiguës dans le bas-ventre. Vessie distendue. Cathétérisme. Evacuation d'une grande quantité d'urine claire.

Rétroflexion de l'utérus gravide constatée par M. Hartmann le 18 décembre.

Tentative de réduction au moyen d'un doigt introduit dans le vagin. La réduction est obtenue facilement à l'aide de deux doigts.

Le fond de l'utérus réduit est senti à un doigt de l'ombilic. On cons-

tate que le périnée est lâche et qu'il existe un léger prolapsus vaginal antérieur et postérieur.

Depuis, la miction est normale, non douloureuse. L'état général est très bon et la femme quitte l'hôpital au bout de huit jours.

La grossesse évolue dès lors sans incident et la femme accouche à terme à l'hôpital général de Rouen.

Observation 155
(personnelle, recueillie à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard).

Rose E... Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

1re grossesse normale, le 19 juillet 1886, accouchement à terme. Retour de couches six semaines après.

2e grossesse normale, le 21 septembre 1894, accouchement à terme, Retour de couches six semaines après.

3e grossesse. Dernières règles du 10 au 13 janvier 1898. Rien de particulier jusqu'au 31 mars. La femme se couche bien portante. Le 1er avril, à son réveil, elle ne peut uriner, elle ressent des douleurs et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et éprouve de fréquentes envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. Le lendemain même état ; un médecin pratique le cathétérisme et retire trois litres d'urine. Nouveau cathétérisme le soir. Les jours suivants, la malade est sondée deux fois par jour. On administre un purgatif. La malade n'éprouve plus alors de ténesme vésical, mais elle ressent toujours des douleurs dans le ventre. Le 6 avril elle se décide à venir à Paris et le 7 avril elle entre à la Clinique.

A son entrée on constate que la vessie distendue remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic : le cathétérisme donne issue à un litre d'urine.

En pratiquant le toucher, on trouve, faisant saillir en avant la paroi vaginale postérieure du vagin et occupant la concavité du sacrum, une tumeur molle, dépressible, de consistance inégale à la pression ; cette tumeur présente le volume d'un utérus gravide de 3 mois environ. Si on suit cette tumeur en avant, on sent qu'elle présente une surface lisse, et un volume moindre à mesure qu'on se rapproche de la symphyse. L'extrémité du doigt placé en supination vient alors embrasser le bord supérieur de la symphyse et peut être admis facilement entre elle et la tumeur. Le doigt placé en pronation pénètre, au-dessus de la symphyse, dans un orifice à bords mous regardant en avant, situé à la partie antérieure de la tumeur et que l'on reconnaît comme étant l'orifice du col de l'utérus gravide rétroversé. La paroi vaginale antérieure est attirée en haut et en avant.

Cathétérisme le matin et le soir. La malade voit diminuer ses douleurs.

Le 8 avril au matin, mêmes constatations à l'examen. Nouveau cathétérisme.

Le professeur Pinard opère alors la réduction au moyen de quatre doigts introduits dans le vagin. Réduction facilement obtenue sans anesthésie.

Le 9. — Le toucher permet de reconnaître que le col a repris sa situation normale. Le corps utérin est facilement senti par le palper. Le fond de l'utérus remonte à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Le 14. — La malade sort de la clinique.

La grossesse a évolué depuis d'une façon normale, la femme accouche le 23 octobre 1898.

Après la délivrance on constate au fond de l'utérus la présence de trois fibromes, l'un ayant le volume d'une mandarine, les deux autres celui d'une noix.

Observation 156

(personnelle, recueillie à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard).

Mme F....., 35 ans, concierge. Réglée à 15 ans toujours régulièrement.

1er accouchement le 6 juin 1888 à terme, spontané, sommet, fille bien portante, élevée au sein maternel pendant 13 mois. Retour de couches un mois après la fin de l'allaitement.

La femme se lève 10 jours après l'accouchement. Six mois après elle commence à éprouver une sensation de pesanteur dans la région sacrée, la région lombaire et dans le ventre qui l'empêche de marcher. Elle consulte alors une sage-femme qui porte le diagnostic de prolapsus de l'utérus et lui fait porter une ceinture que la femme garde 4 ou 5 mois et qui ne la soulage nullement. Elle devient alors enceinte et à partir de ce moment, les symptômes qu'elle éprouvait auparavant disparaissent.

2e accouchement le 9 mars 1891, spontané, à terme, sommet, fille élevée au sein maternel pendant 14 mois, actuellement bien portante. Retour de couches 12 mois après l'accouchement.

A la suite de cet accouchement, la femme se trouve bien jusqu'au retour de couches ; mais à peine les règles ont-elles apparu, qu'elle éprouve les mêmes symptômes que précédemment.

Elle devient enceinte de nouveau et son état ne s'améliore pas.

3e grossesse. Le 30 juin 1891 elle fait un avortement de 3 mois après avoir ressenti une sensation de pesanteur dans la région sacrée et des épreintes rectales fréquentes. Ces symptômes persistent après cet avortement avec des douleurs lombaires et abdominales.

Devenue enceinte de nouveau, ces phénomènes disparaissent.

4e accouchement le 7 août 1893, à terme, spontané, sommet. Garçon

mort-né. Travail ayant duré 48 heures. Retour de couches un mois après.

Depuis, règles régulières, mais les symptômes précédents, douleurs, épreintes rectales, augmentent. Aucune gêne pour uriner.

5e grossesse. Dernières règles du 1er au 4 décembre 1897.

Vers le 12 décembre 1897, la femme fait une chute de sa hauteur, elle tombe assise sur le sol en soulevant un fardeau. Elle ne ressent tout d'abord rien d'anormal, continue à vaquer à ses occupations ; ce n'est que peu à peu que la miction et la défécation deviennent douloureuses ; les douleurs lombaires et abdominales qu'elle éprouvait avant sa grossesse n'ont fait qu'augmenter. Pas de métrorrhagie, pas de vomissements.

Le 15 décembre les symptômes sont très accentués, mais ce n'est que le 21 qu'elle commence à s'inquiéter ; elle éprouve des douleurs abdominales telles qu'elle ne peut plus marcher, elle garde le lit et reste 48 heures sans uriner. La sage-femme consultée porte le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide et sonde la femme. Un médecin appelé confirme le diagnostie et tente à plusieurs reprises de réduire la rétroversion. N'y parvenant pas et ne voulant pas soumettre la femme à l'action du chloroforme, il l'envoie à la clinique Baudelocque où elle entre le 22 décembre.

Le Pr Pinard confirme le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. La femme est mise au repos au lit, on lui fait prendre un bain et on la sonde à plusieurs reprises la journée et la nuit. Température 37°5.

Le 23, à 10 heures du matin, la femme est anesthésiée au chloroforme et placée dans la position obstétricale. Le Pr Pinard pratique facilement la réduction à l'aide de quatre doigts introduits dans le vagin. Miction spontanée à midi 30, à 2 heures du soir, à 4 heures.

La femme est maintenue au lit dans le décubitus dorsal. Elle sort de la clinique le 25 décembre 1897.

Depuis, rien à signaler ; les épreintes rectales ont disparu, la miction est normale. Premiers mouvements actifs du fœtus vers la fin de janvier 1898.

Le 31 mai 1898 l'utérus s'élève à 33 centimètres au-dessus de la symphyse. Le fœtus qui se trouvait en présentation du siège est ramené par manœuvres externes en présentation du sommet (dos à gauche) qui persiste jusqu'au moment de l'accouchement. Le 12 juin, la femme entre en travail et accouche d'un enfant du sexe masculin du poids de 2530 grammes, né en état de mort apparente, mais facilement ranimé.

Le placenta présente des cotylédons séparés par des sillons profonds et une dépression à son centre. On pense alors qu'il manque un cotylédon. La main introduite dans l'utérus constate au fond de cet organe et près de la corne droite la présence d'un fibrome pédiculé du volume d'une grosse noix. La femme sort de la clinique le 21 juin.

Evrat et d'autres chirurgiens n'ayant pu obtenir la réduction avec la main introduite dans le vagin ont eu recours à des instruments. Les observations qu'ils ont publiées ne renseignent pas sur les détails de leur intervention infructueuse : ont-ils été arrêtés par la résistance des adhérences ou par le volume de l'utérus, nous ne le savons, mais peut-être auraient-ils obtenu le redressement s'ils avaient suivi la méthode que nous avons vu réussir ou s'ils avaient réitéré leurs tentatives, ce qui est quelquefois nécessaire. L'intervention instrumentale consiste dans l'application, sur l'utérus déplacé, d'une sorte de levier que l'on introduit par le vagin ou par le rectum : la spatule-levier d'André Petit, la baguette d'Evrat, le levier obstétrical de Bleynie, le gorgeret employé par Priou et Martin ne sont que des variétés du même instrument ; ils exercent une pression violente sur un point limité de l'utérus, exposent à sa perforation, à des déchirures du rectum ou du vagin ; on devra les abandonner malgré les réductions heureuses que l'on a pu obtenir par leur emploi.

Obs. 157. — Richter, in Charles, obs. LIV. — Rétroversion à 4 mois de grossesse. Au 5e mois, tentatives de réduction manuelle dans la position genu-pectorale. Réduction obtenue au moyen d'un instrument courbe introduit dans le vagin, la femme étant dans la position genu-pectorale. Accouchement à terme.

Obs. 158. — Chapplain, de Marseille, *Gazette des hôpitaux*, 1858. — Femme de 29 ans, ayant eu successivement 4 accouchements à terme, deux grossesses allant à 7 et 8 mois. Deux avortements à 5 et 6 mois.
9e grossesse. Rétroversion à 2 mois 1/2 ou 3 mois, avec rétroflexion. Tentative de réduction, la femme couchée sur le dos, au moyen d'un doigt de chaque main dans le vagin, l'un pour attirer le col, l'autre pour repousser le corps. Même tentative dans la position genu-pectorale.
Réduction obtenue au moyen d'une baleine armée d'un tampon. Guérison. Accouchement au 6e mois (enfant mort).

Obs. 159. — Amussat, *Mém.*, obs. IV. — Rétroversion de l'utérus au 5e mois de la grossesse ; essais infructueux de réduction par le rectum. Evrat réduit heureusement avec une baguette ; accouchement à terme de 2 jumeaux.

Obs. 160. — Moreau, *Acad. de méd. de Paris*, 30 août 1853. — Rétroversion à 3 mois de grossesse. Réduction par le procédé d'Evrat (baguette dans le rectum). 2 doigts attirant le col en bas par le vagin. Accouchement à terme de 2 jumeaux.

Obs. 161. — Pajot et Tarnier, recueillie à l'hôpital des Cliniques. — Femme de 30 ans, 1 accouchement, 1 avortement. Rétroversion de l'utérus à 4 mois de grossesse. Réduction au moyen d'une baguette introduite dans le rectum, l'index de la main gauche dans le vagin. Décubitus abdominal. Cathétérisme pendant 12 jours.

Obs. 162. — Morel, de Lyon, *Mém.* de Martin jeune, obs. 15. — Femme ayant eu 3 accouchements antérieurs. A la suite du dernier, prolapsus utérin. Rétroversion malgré le port d'un pessaire. Utérus engorgé. Tentative infructueuse de réduction par le vagin et le rectum. Réduction obtenue à l'aide d'un levier introduit par le rectum, position genu-pectorale. Deux ans après, grossesse normale.

Obs. 163. — Priou, de Nantes, observat. sur la rétrov. de l'utérus, 30 août 1853. — Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Tentative infructueuse de réduction manuelle. Réduction à l'aide du gorgeret matelassé incomplète. Grossesse à terme.

Obs. 164. — Martin de Tonneins, *Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 375. — Femme de 28 ans. Rétroversion à 4 mois 1/2 de grossesse. Cathétérisme, évacuation de 5 litres de liquide. Tentative infructueuse de réduction au moyen de deux doigts dans le rectum et deux doigts dans le vagin. Réduction dans la position genu-pectorale au moyen d'un gorgeret introduit dans le rectum. Accouchement à terme.

Obs. 165. — Bleynie, obs. LXXIV, th. Ducor. — Femme âgée de 35 ans, primipare. Rétroversion au 3e mois de la grossesse. Cathétérisme. Tentatives infructueuses de réduction, la femme étant dans la position genu-pectorale, soit en repoussant la face postérieure de l'utérus, soit en cherchant à accrocher le col, soit par les deux manœuvres simultanées. Sept jours après, réduction au moyen du levier obstétrical. Miction spontanée le 3e jour après réduction. Grossesse à terme.

D'autres instruments dont on peut facilement modérer l'action ont été employés, ce sont des ballons que l'on gonfle d'air ou d'eau après les avoir placés soit dans le vagin, soit dans le rectum (ballons de Petersen, de Barnes, de Tarnier...). Introduits dans le vagin, ils sont peu stables, aussi devrait-on s'en servir exclusive-

ment par la voie rectale. Ils pourront être utiles si la rétrodéviation n'est pas complète et agiront surtout par la continuité de la pression qu'ils déterminent ; mais leur application peut parfois amener l'avortement.

Obs. 166. — *Annales de gynécologie,* oct. 1889, XXXII, p. 281-286, H. Varnier. — Femme de 32 ans.

1re grossesse normale, accouchement à terme, éclampsie.

2e grossesse normale, accouchement à terme, éclampsie.

3e grossesse normale, accouchement à terme, à la suite duquel elle est atteinte de prolapsus vaginal.

4e grossesse. Au 3e mois, accidents de rétroversion qui disparurent spontanément. Accouchement à terme.

5e grossesse. Rétroversion à 3 mois 1/2, persistant malgré des cathétérismes fréquents. Cystite hémorrhagique. Tentatives de réduction manuelle par le vagin, réduction obtenue à l'aide d'un ballon Tarnier introduit dans le rectum. Accouchement à terme. Récidive de la rétroversion après l'accouchement et prolapsus vaginal.

Obs. 167. — *Annales de gynécologie*, 1882, tome XVII, page 156, Barnes, *British medical Journal*, décembre 1881. — Femme de 23 ans, enceinte de trois mois et demi. Rétention d'urine, évacuation de 64 onces d'urine, utérus rétrofléchi à angle aigu, corps enclavé dans le promontoire. Un ballon de Barnes est introduit dans le rectum et on le distend avec de l'eau. Au bout d'une heure, on trouve l'utérus complètement revenu à sa situation normale. Grossesse à terme, accouchement sans accident.

Obs. 168. — M. Porak, in thèse Cambarieu, obs. I. — Mme H..., 24 ans, pas de maladie antérieure.

1re grossesse en 1880. Rétroversion et rétroflexion de l'utérus gravide non soignée. Accouchement prématuré au 5e mois, lésions de l'œuf et du fœtus qui est monstrueux.

2e grossesse en 1882. Rétroflexion et rétroversion de l'utérus gravide dont on obtient facilement la réduction. Lavements, purgatifs, décubitus abdominal. Accouchement au 7e mois. On trouve ensuite l'utérus en prolapsus et en rétroflexion légère.

3e grossesse en 1883. Rétroflexion et rétroversion, puis prolapsus et rétroversion partielle de l'utérus gravide dont on obtient la réduction à l'aide de ballons rectaux. Accouchement au 8e mois d'un enfant qui survit. Dans l'intervalle des grossesses, on a constaté que l'utérus restait en rétroflexion. A chaque grossesse, la rétroversion n'a déterminé que de légers troubles de la miction.

Obs. 169. — Berrut, *Revue de thérapeutique méd.-chir.*, 1877, p. 376. — Réduction à l'aide d'un ballon à air dans le rectum. Grossesse à terme.

Obs. 170. — Godson, *Gazette obstétricale de Paris*, 1877, p. 149.— Réduction à l'aide d'un ballon à air dans le rectum. Grossesse à terme.

Obs. 171. — Hamon, *Revue de thér. méd.-chir.*, 1875, n° 14. — Rétroversion au 3e mois de la grossesse. Cathétérisme. Réduction au moyen d'un pessaire à air. Avortement 6 jours après application du pessaire.

Obs. 172. — Charles, *Mém.*, obs. CXXVII. — Femme de 35 ans Vpare. Déviation utérine à la suite du 2e accouchement. Rétroversion à 2 mois 1/2 de grossesse, hémorrhagie. Réduction au moyen d'un pessaire à air. Récidive le lendemain. Avortement à la suite duquel l'utérus a repris sa situation normale.

Certains chirurgiens, ayant obtenu la réduction soit par la position, la réduction manuelle ou au moyen de ballons, placent un pessaire dans le vagin afin de maintenir l'utérus dans sa situation normale ; nous pensons qu'il est préférable de s'en abstenir ; comme on a pu le voir précédemment, en maintenant le libre cours des matières et de l'urine, on évitera une récidive qui serait impossible si l'utérus était gravide de quatre mois ; le pessaire est gênant, il prédispose à l'avortement par la pression qu'il exerce sur le col et s'il a permis à la grossesse de se développer, c'est que dans les cas où il a été appliqué, la récidive de la rétrodéviation n'était nullement à craindre.

Les traitements précédemment décrits permettent le plus souvent de réduire l'utérus, mais nous avons vu qu'il peut exister des adhérences rendant toute manœuvre de réduction infructueuse. Pour Baudelocque, Boivin et Dugès, Hunter, Barnes il n'y a pas alors d'autre ressource que l'avortement provoqué. C'est également l'avis de Bernutz, de Soyre, de Tarnier et Budin, car des tentatives exagérées peuvent amener des déchirures qui feraient naître une péritonite grave et si l'utérus enclavé n'est pas le siège d'un travail expulsif dans les 24 ou 36 heures, il ne reste qu'à pratiquer l'avortement.

Dans ce but on a pratiqué la rupture des membranes par l'orifice

utérin, ou dans le cas où le col était inaccessible, la ponction de l'utérus par le vagin ou par le rectum. L'avortement a lieu quelques heures après l'opération : l'utérus occupant alors un moindre volume, les accidents cessent. La ponction a donné lieu à des inflammations locales, à la péritonite. Faite aseptiquement avec un trocart capillaire, elle serait sans danger suivant Charles et Barnes. Mais l'avortement doit être la dernière ressource ; il ne deviendra nécessaire que si la conformité du bassin s'oppose à toute réduction et si on ne peut par aucune intervention sauver la vie de la malade.

Obs. 173. — Gabriele Posanner. — Thérèse K..., 21 ans, entre à la clinique du 1er mai 1894. Réglée à 11 ans, régulièrement toutes les quatre semaines, mais éprouvant à ce moment des douleurs dans l'abdomen.

1° Trois ans auparavant, avortement suivi d'infection qui obligea la femme à garder le lit six semaines.

2° En janvier 1893, accouchement à terme à la suite d'une grossesse normale. Suites de couches pathologiques nécessitant le repos au lit pendant six semaines.

Depuis 3 mois, absence de règles ; douleurs dans l'abdomen, diminuant d'intensité par le repos, plus vives pendant la miction ou la défécation. A la suite d'un effort, léger écoulement sanguin par les voies génitales et issue à la vulve d'une petite tumeur. Lorsque la femme arrive à l'hôpital, on contate entre les lèvres œdématiées la présence du col prolabé et œdématié ; le corps utérin qui offre un volume correspondant à une grossesse de quatre mois est en rétroflexion. Le 3 mai il est facilement réduit. Le 7 mai, on constate qu'il s'élève à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Mais quelques jours après, on est obligé d'intervenir encore, l'utérus s'étant rétrofléchi de nouveau. La réduction est obtenue avec peine. Malgré le repos au lit, l'état s'aggrave, les douleurs persistent, la miction est douloureuse, le col commence à se nécroser bien que l'utérus soit resté réduit. Aussi le 1er juin décide-t-on de provoquer l'avortement au moyen d'une bougie introduite dans le col. Avortement le 5 juin. Délivrance artificielle.

Le prolapsus disparaît le lendemain pour ne plus se reproduire même lorsque la femme se lève.

La femme quitte l'hôpital le 4 juillet. On constate alors que le col est hypertrophié, un peu déchiré, légèrement ouvert, il présente le volume d'une noix. La paroi postérieure du vagin est sensible à la pression. L'utérus en rétroflexion se laisse facilement redresser, il est un peu augmenté de volume et présente une consistance normale. Le col est re-

lié à la paroi postérieure de l'excavation par des adhérences solides qui sont douloureuses à la pression.

Obs. 174.— Trovati, *Pammatone*, juillet 1896, obs. III, p. 10. — Femme de 21 ans. 4 grossesses antérieures interrompues aux 2e et 3e mois. Après le 1er avortement, infection puerpérale. Signes de grossesse et vomissements incoercibles. Le palper révèle un vide complet de la région hypogastrique. Au toucher, tuméfaction comblant le vagin, et présentant les caractères de l'utérus gravide. Col ramolli, situé derrière la symphyse et formant un angle avec le corps. Pas de rétention d'urine.

Les tentatives de réduction restent infructueuses. On décide de réduire le volume de l'utérus en provoquant l'avortement. L'orifice utérin est inaccessible, comprimé qu'il est contre la symphyse. On fait alors une ponction au trocart à travers la paroi postérieure de l'utérus. On évacue ainsi 100 grammes de liquide et on reconnaît que l'utérus est fixé en rétroflexion par des adhérences anciennes. L'avortement se fait deux jours après et bientôt la femme sort de l'hôpital en bonne santé, mais l'utérus est toujours fixé en rétroflexion.

Obs. 175.— Rochester (de Buffalo), *Congrès international de Philadelphie*, 1876. — Rétroversion irréductible à la fin du 4e mois de la grossesse. Tentatives infructueuses de réduction. Ponction du fond de l'utérus renversé, avec un trocart capillaire. Trois jours après, avortement. Deux mois après, réduction de l'utérus à l'aide de la sonde de Simpson ; l'utérus est maintenu par un pessaire. Guérison. La femme est restée stérile.

Obs. 176. — Bell, obs. CXXXII, Charles. — Rétroversion de l'utérus gravide au 5e mois, ayant débuté à la 7e semaine de la grossesse. Ponction de l'utérus par le rectum. Avortement 36 heures après.

Obs. 177. — Baynham, obs. CXXXI, Charles. — IIpare de 30 ans. Rétroversion irréductible au 6e mois de la grossesse. Ponction de l'utérus par le rectum. Réduction. Avortement le lendemain. Abcès dans le tissu cellulaire qui sépare le rectum du vagin, guérison 6 semaines après l'opération.

Obs. 178. — Viricel, Amussat, *Mém.*, obs. V. — Rétroversion de la matrice au 5e mois de la grossesse chez une femme âgée de 38 ans ; rétention d'urine datant d'un mois : pas de tentatives de réduction ; ponction par le rectum ; avortement 5 jours après, guérison comme après une fausse couche ordinaire. Réduction spontanée après l'avortement.

Obs. 179. — Jourel, Amussat, *Mém.*, obs. V. — Rétroversion de l'uté-

rus chez une femme, IIpare âgée de 23 ans, grosse de 6 semaines à peu près ; accidents survenus à la suite de secousses violentes ; métrorrhagie ; miction et défection pénibles ; six jours après, essais infructueux de réduction. Ponction de l'utérus par le vagin, guérison.

Obs. 180. — Delaharpe, *Echo médical suisse*, 1857, Charles, obs. CXXXIV. — IIpare de 27 ans. Rétroversion à 2 mois 1/2 de grossesse. Irréductibilité. Ponction de l'utérus par le vagin. Péritonite et mort le surlendemain de l'opération. A l'autopsie : vessie divisée en deux moitiés égales par suite de la compression exercée par le col utérin, paroi vésicale sur le point de se rompre soit en haut soit au niveau du bas-fond. Utérus aussi renversé que possible, ayant décrit à peu près un demi-cercle en tournant sur les ligaments.

Obs. 181. — Lafforgue (de Toulouse). — Femme de 30 ans. Rétroversion à 3 mois 1/2 de grossesse. Vomissements, rétention d'urine, fièvre. Le 7e jour, avortement provoqué par perforation des membranes. La femme sort de l'Hôtel-Dieu au bout de 3 mois.

La symphyséotomie, proposée par Purcell et Gardien n'a jamais été pratiquée dans les cas de rétrodéviation utérine que par Wall et Hunter sur le cadavre. Charles en 1878 considérait encore cette opération comme devant compromettre la vie de la mère et celle de l'enfant. On n'a plus tant à le redouter aujourd'hui, mais quels avantages offrirait-elle pour la réduction de l'utérus gravide ; elle ne serait nullement utile s'il existe des adhérences ; elle ne pourrait être tentée que dans certains cas où la viciation du bassin ne permettrait pas de désenclaver l'utérus et même alors si elle n'était pas cause d'avortement, elle pourrait compromettre pour la fin de la grossesse la solidité du bassin dont les symphyses ont une si grande tendance à se relâcher.

Lorsque la rétrodéviation résistait aux procédés de réduction manuelle, en particulier aux tentatives vaginales même réitérées qui en général sont suivies de succès, il ne restait comme ressource pour la plupart des auteurs qui ont étudié cette question que de pratiquer l'avortement. Déjà en 1822 Callisen avait compris la nécessité d'une opération qui tout en sauvant la mère rendrait la continuation de la grossesse possible ; malheureusement les conséquences de la « gastrotomie » qu'il avait proposée dans ce

but ne semblaient guère, à cette époque, plus avantageuses que l'évolution naturelle de la rétrodéviation ; aussi l'ouverture de la cavité abdominale ne fut-elle acceptée qu'avec les plus grandes réserves ; Boivin et Dugès,Stoltz ne l'admettaient que dans les cas désespérés. En 1886, M. Pinard et Varnier étudiant les accidents auxquels donne lieu parfois la rétrodéviation de l'utérus recommandent cette intervention qui seule peut donner les moyens de reconnaître et de détruire la cause de l'irréductibilité. Grâce à l'asepsie, la cœliotomie est inoffensive, elle permet d'agir directement sur l'utérus, d'éviter des déchirures qu'aurait pu produire une manœuvre externe violente, de séparer les uns des autres les organes qui par leur union ont déterminé l'occlusion du détroit supérieur. Elle sera, il est vrai, un moyen ultime de traitement, mais s'imposera dès que les urines perdront leur caractère normal, qu'on aura à redouter la cystite et ses complications ou qu'apparaîtront des phénomènes d'enclavement.

L'évacuation du rectum ayant été obtenue autant que possible, au moyen de lavements et de purgatifs, la malade anesthésiée et sondée sera placée sur le plan incliné de Trendelenburg ; la paroi abdominale sera rasée, savonnée, lavée à l'alcool et au sublimé ; l'ombilic sera minutieusement nettoyé. Le ventre et les cuisses seront recouverts de grandes compresses aseptiques ne laissant à découvert qu'une étroite portion de la paroi abdominale entre le pubis et l'ombilic ; l'incision sous-ombilicale pratiquée sur la ligne médiane sera suffisante, mais par suite de la congestion pelvienne et abdominale due à la grossesse réclamera une hémostase rigoureuse. On veillera en outre à l'ouverture du péritoine qui peut adhérer soit à la vessie, soit aux anses intestinales. Les deux lèvres de la plaie étant maintenues à l'aide d'écarteurs, l'épiploon est relevé ou sectionné s'il est adhérent. On fait, s'il y a lieu la libération des anses intestinales soit avec l'ongle, le bistouri ou les ciseaux ; l'intestin étant sorti de l'excavation est protégé à l'aide de compresses stérilisées chaudes et maintenu ainsi vers l'angle supérieur de la plaie ; le détroit supérieur apparaît, et, au-dessous de lui, plongeant dans l'excavation, l'utérus gravide rétrodévié.

Les doigts alors insinués entre sa paroi antérieure et le promontoire vont explorer le fond de l'utérus et même, s'ils le peuvent, sa paroi postérieure. Si des adhérences utéro-pariétales retiennent le corps utérin, on s'efforcera de les dégager en attirant celui-ci en haut et en avant ; la libération en sera faite comme pour les anses intestinales, mais on devra se mettre en garde contre des hémorrhagies pendant tout ce temps de l'opération ; l'utérus est congestionné, les adhérences peuvent être très vasculaires, aussi l'emploi du thermo-cautère au rouge sombre sera-t-il plus avantageux que la simple rupture à l'aide des doigts ou la section faite à l'aide de l'instrument tranchant. L'organe déplacé pourra être ainsi réduit sans difficulté. On fera la toilette du péritoine et on suturera avec soin sur trois plans la paroi abdominale qui va avoir à supporter une distension assez forte par suite de l'accroissement de volume de l'utérus. La plaie abdominale sera pansée aseptiquement et on entourera l'opérée des mêmes soins post-opératoires que pour toutes les cœliotomies.

Quant aux moyens de contention, ils semblent inutiles : l'utérus délivré de toute adhérence se maintiendra redressé par suite de la tension que l'œuf exerce sur ses parois ou parce qu'il dépassera le plan du détroit supérieur. L'hystéropexie expose à des déchirures de la paroi utérine, à des hémorrhagies et ne serait d'aucune utilité.

La cœliotomie, ainsi qu'on a pu le voir, nous paraît imposée bien plus par l'existence de brides extra-utérines que d'adhérences utérines elles-mêmes. Ces dernières en effet sont rarement assez résistantes pour s'opposer à la réduction manuelle ; elles se relâchent pendant la grossesse lorsqu'elles ne sont pas consécutives à des lésions annexielles s'opposant à toute fécondation.

Pour M. Jacobs, l'irréductibilité de la rétrodéviation due à des adhérences de l'utérus n'est pas exceptionnelle et c'est pour y remédier qu'il a dû pratiquer onze fois la cœliotomie. Nous rapportons ici les observations qu'il a publiées :

Obs. 182. — Cas I, Jacobs. — Femme de 29 ans. Ipare, enceinte de

quatre mois et demi. Symptômes d'avortement depuis vingt-quatre heures. Rétroposition ancienne de l'utérus. Le corps est encastré dans le bassin. Laparotomie le 24 juin 1891, rupture des adhérences, reposition. La grossesse continue ; l'accouchement a lieu sans incident, à terme.

Obs. 183. — Cas II, Jacobs. — Femme de 27 ans, multipare. Souffre depuis l'âge de 19 ans de rétroflexion adhérente. Enceinte de trois mois et demi. Symptômes graves d'avortement depuis un jour. Laparotomie le 14 juin 1890. Reposition de l'utérus après rupture des adhérences. La grossesse se termine à terme sans incident.

Obs. 184. — Cas III, Jacobs. — Femme de 30 ans, IIpare ; trois avortements entre deux et trois mois. Enceinte de cinq mois. Menaces continuelles d'avortement (douleurs, métrorrhagies...) depuis trois semaines ; affaiblissement général ; voies digestives en très mauvais état. L'utérus est en rétroflexion, avec incarcération.

Les tentatives de redressement restent sans résultat. Je pratique la laparotomie le 19 novembre 1891. Reposition. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme.

Obs. 185. — Cas IV, Jacobs. — Femme de 37 ans, multipare. Six avortements en dix ans. L'utérus, développé normalement, est à quatre mois de grossesse ; il est en rétroflexion, immobilisé ; symptômes d'incarcération. Le médecin m'apprend que tous les avortements antérieurs se sont produits dans les mêmes conditions que celui qui menace ; l'utérus étant en rétroflexion, fixée depuis une pelvi-péritonite très grave survenue à l'âge de 19 ans, à la suite d'une chute pendant la menstruation. Laparotomie le 13 juin 1892. Les adhérences pelviennes qui maintiennent l'utérus sont incisées aux ciseaux. Reposition. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme. Depuis, deux autres accouchements dans d'excellentes conditions.

Obs. 186. — Cas V, Jacobs. — Femme de 32 ans, Ipare. Grossesse actuelle de quatre mois et demi, avec symptômes d'incarcération depuis quelques jours. Tentatives de réduction sans succès.

Laparotomie le 1er juin 1893. Reposition. Accouchement à terme. L'opération est suivie de métrorrhagie assez abondante, mais sans avortement.

Obs. 187. — Cas VI, Jacobs. — Femme de 34 ans, multipare. Sept avortements entre deux et quatre mois dans l'espace de neuf ans. Symptômes graves d'incarcération. La grossesse actuelle remonte à environ quatre mois et demi. Laparotomie le 12 février 1895. La libération de l'utérus est laborieuse. Hémorrhagies en nappe très abondan-

tes. Reposition. Pendant quelques jours, menaces d'avortemeut, puis tout se rétablit. L'accouchement eut lieu à terme.

Obs. 188. — Cas VII, Jacobs. — IIpare de 27 ans. Mêmes symptômes que le cas précédent. Opération le 18 mars 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

Obs. 189. — Cas VIII, Jacobs. — IIpare de 31 ans. Mêmes symptômes que le cas précédent. Opération le 21 août 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

Obs. 190. — Cas IX, Jacobs. — Femme de 29 ans, multipare. Rétroflexion ancienne, suite de péritonite survenue après un avortement. Symptômes d'incarcération ; grossesse actuelle datant de 4 mois ; métrorrhagie profuse depuis 48 heures. Tentatives de réduction sans succès. Laparotomie le 23 octobre 1895. Suites normales. Grossesse évolue sans incident jusqu'à terme. Accouchement difficile.

Obs. 191. — Cas X, Jacobs. — Ipare de 34 ans. Menaces d'avortement. Opération le 3 décembre 1896. Avortement le surlendemain.

Obs. 192. — Cas XI, Jacobs. — Femme de 31 ans, enceinte de 5 mois.

Premier accouchement normal, suites de couches normales.

Deuxième accouchement normal ; rétention placentaire de quelques jours, suivie de péritonite qui tint la femme alitée pendant 3 mois. Rétablissement incomplet : depuis cette époque crises douloureuses pelviennes ayant toujours cédé au repos et aux soins hydrothérapiques locaux. Trois avortements en 4 ans, tous entre 3 et 6 mois, précédés de troubles vésicaux et intestinaux intenses.

Grossesse actuelle remontant à 5 mois. Début normal, mais depuis le 4e et le 5e mois, réapparition des troubles vésicaux et intestinaux s'accentuant à mesure qu'avance la grossesse. Depuis 4 à 5 jours, on sonde la malade 4 à 5 fois par jour. Défécation pénible et douloureuse.

A l'examen, col ramolli, entr'ouvert, dirigé en haut et en avant, très haut situé derrière le pubis ; corps développé normalement pour une grossesse de 4 mois 1/2 à 5 mois remplissant la cavité pelvienne, en rétroversion totale par rapport au col.

Evacuation de la vessie et de l'intestin. On tente pendant quelques jours par tous les moyens manuels possibles de redresser le corps utérin au moyen du toucher vaginal, du toucher rectal, dans toutes les positions possibles. Ballon de Petersen introduit dans le rectum sans résultat. Ces manœuvres diverses et répétées durèrent une huitaine de jours. Les troubles occasionnés par cette grossesse anormale s'accentuent de plus en plus ; la défécation devient impossible, le cathétérisme vésical de plus en plus pénible. La situation de la malade devient inquiétante.

Laparotomie le 21 novembre 1896. Détachement des adhérences profondes qui retiennent l'utérus dans le pelvis, au moyen de la main. Reposition de l'utérus qui est amené au-dessus du détroit supérieur où il se maintint sans aucune tendance à retomber dans le bassin. Toilette de l'abdomen et fermeture des parois. Suites de l'opération absolument bénignes. Aucune menace d'avortement. La grossesse évolua normalement jusqu'à terme et dans le courant de mars 1897 un gros garçon fut mis au monde.

De ces onze cas, il n'en est que quatre où les tentatives de réduction soient signalées (obs. 184, obs. 185, obs. 190, obs. 192) ; elles ne le sont nullement dans les sept autres et il est vraisemblable qu'elles n'ont pas été faites. M. Jacobs a sans doute pensé qu'elles seraient infructueuses dans les observations 182, 183, 185, où il s'agissait de rétrodéviation ancienne, dans l'observation 187 où les antécédents signalaient sept avortements et dans laquelle du reste la libération de l'utérus a été laborieuse. Dans l'observation 185 les adhérences semblent avoir été la cause des six avortements antérieurs, puisqu'après leur section, non seulement la grossesse actuelle a évolué, mais deux autres depuis ont pu être menées à terme sans accident. Quant aux observations 188, 189, 191, elles manquent des détails qui ont pu avoir légitimé l'intervention ; les menaces d'avortement ne sont une indication à la cœliotomie qu'autant que les tentatives manuelles ont été infructueuses. Des quatre cas où ces manœuvres ont échoué, il n'en est qu'un, l'observation 192, où M. Jacobs signale des adhérences du reste légères puisqu'elles ont été facilement rupturées avec la main ; nous devons penser qu'il n'en existait pas dans les observations 184, 186, 190.

Sans doute la cœliotomie a été inoffensive. M. Jacobs n'a eu aucun accident à signaler ; les résultats ont été parfaits : dix accouchements à terme, un seul avortement s'est terminé malgré la réduction ; mais des onze cas, il n'en est que deux (obs. 186 et 187), où les adhérences utérines semblent avoir été la cause de l'irréductibilité. Nous pensons que le chirurgien belge a été un peu trop porté à l'intervention et n'a pas suffisamment persisté dans ses tentatives manuelles.

M. Schwartz a rapporté également une observation de cœliotomie faite au cours de la grossesse dans un cas de rétrodéviation utérine ; mais ce ne sont nullement des accidents graves qui l'ont amené à opérer, comme on pourra le constater ; le diagnostic de grossesse était impossible, la rétroflexion difficile à reconnaître : c'est ce qui explique pourquoi M. Schwartz, pensant à une tumeur inflammatoire ou hématique du cul-de-sac postérieur, n'a pas tenté la réduction manuelle qui eût certainement suffi pour faire cesser les douleurs dont se plaignait le malade.

Obs. 193. — Schwartz, *Chirur. de gynéc.*, octobre 1894, XIII-241-247. — Femme de 22 ans, couturière, entre à l'hôpital Cochin le 15 mars 1892 avec des accidents aigus du côté du ventre. Depuis un accouchement il y a 15 mois, elle souffre beaucoup du côté gauche ; ces douleurs ont augmenté depuis les huit derniers mois et sont devenues absolument insupportables depuis quelques semaines, de sorte qu'il lui est totalement impossible de marcher, de rester debout. Elle a eu ses dernières règles le 11 mars, elles ont duré deux jours et ont été peu abondantes ; elle n'a jamais eu aucun retard ni aucune irrégularité. Nous insistons sur ce dernier renseignement qui a une grande importance. L'examen nous montre son abdomen nullement augmenté de volume. La simple palpation fait sentir au-dessus et en arrière du pubis une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin et dont il est difficile de déterminer les limites et la consistance à cause de la tension des parois abdominales. Elle est douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal fait tomber sur un col utérin allongé en museau de tapir effleurant presque la vulve, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac latéraux ; mais le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur fluctuante extrêmement douloureuse ressemblant absolument à une hématocèle rétro-utérine. Le palper bimanuel montre qu'elle est en arrière de l'utérus ; elle en paraît complètement indépendante. Loin de soupçonner une grossesse, nous introduisons en douceur l'hystéromètre en caoutchouc de Terrillon qui pénètre à 9 centimètres et demi et montre une légère rétroversion.

Le toucher rectal ne fait que confirmer ce qui a indiqué le toucher vaginal et le palper bimuanuel.

Pour nous assurer du diagnostic, nous chloroformons la malade et constatons bien nettement l'indépendance de la tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur de Douglas, de l'utérus qui est situé et repoussé en avant contre la symphyse pubienne.

La malade souffre beaucoup et le diagnostic nous présentant malgré tout quelques obscurités, nous lui proposons la laparatomie qui est acceptée.

Le 24 mars 1894, laparatomie médiane ; l'incision nous permet d'in-

troduire la main et de reconnaître que la tumeur qui est dans le cul-de-sac de Douglas est le fond de l'utérus rétrofléchi à angle aigu sur le corps et le col ; ceux-ci constituent un segment mince comme élongé situé en avant tandis que le fond étalé sous forme de tumeur liquide remplit tout le cul-de-sac de Douglas en arrière ; nous sentons à travers les parois utérines une résistance et une fluctuation qui nous font aussitôt songer à une grossesse de 2 mois à 2 mois et demi d'après le volume de l'organe.

Il nous est facile de redresser l'utérus rétrofléchi, il garde sa situation : nous ne le fixons pas et refermons l'abdomen après nous être assuré de l'intégrité complète des ovaires et des trompes.

A partir de ce moment, notre opérée n'a plus eu aucune douleur. Un tampon iodoformé insinué en arrière dans le cul-de-sac vaginal soutient l'utérus et nous constatons qu'il reste parfaitement redressé.

Aucun signe d'avortement après ces manœuvres.

L'opérée rentre chez elle le 17 avril et elle revient en octobre suivant accoucher dans le service de notre collègue et ami Bouilly.

L'accouchement s'est parfaitement passé et l'examen que nous avons pu faire quand elle a quitté le service d'obstétrique montre que l'utérus bien en place n'a aucune tendance à la rétroversion ou à la rétroflexion.

Enfin si une lésion annexielle ancienne réveillée par l'évolution de la grossesse, une tumeur ou d'autres lésions pelviennes accompagnent la rétrodéviation, la cœliotomie ne sera plus faite seulement pour détruire des adhérences et réduire l'utérus, elle deviendra complexe et pourra comporter l'ablation de la tumeur ou des annexes d'un côté, parfois même l'hystérectomie totale.

Les 193 observations réunies par nous, peuvent donc se résumer de la façon suivante :

Réductions spontanées 36 cas dont 10 avec adhérences.

Réduction tentée par le rectum	18	(dont 2 insuccès (obs. 82-83).
Réduction par le vagin et le rectum	8	
Réduction par le vagin. .	65	
Réduction par méthode instrumentale.	9	
Réduction par ballons . .	7	
Ou	69	fois manœuvres externes parmi lesquelles 2 insuccès.

26 cas de mort avec autopsie ayant permis de constater :

Adhérences solides de l'utérus . . . . 2 cas (obs. 13 et 15).

Adhérences vésico-intestino-pelviennes . . . . . 7 cas

Rétrodéviations non adhérentes . . . . 17 cas.

3 Avortements dus à une rétrodéviation non traitée ;

9 Avortements provoqués.

12 Cœliotomies, dont 2 seulement paraissent légitimées par l'existence d'adhérences utérines.

Des 193 observations, il n'en est donc que 11 où l'ouverture de la cavité abdominale était la seule intervention indiquée, la seule pouvant permettre d'opérer la réduction.

CONCLUSIONS

Le pronostic de la rétrodéviation de l'utérus gravide est en général bénin.

Au début de la grossesse, que l'utérus soit libre ou adhérent, on devra s'en tenir à la simple expectation, la réduction s'opérant le plus souvent spontanément.

Si des symptômes de rétrodéviation apparaissent, on devra faciliter la réduction spontanée en maintenant la libre évacuation de la vessie et du rectum.

On opérera le redressement manuel de l'utérus de préférence par le vagin et presque toujours avec succès, s'il ne se fait pas spontanément.

L'irréductibilité de l'utérus rétrodévié au cours de la grossesse est rarement observée. Lorsqu'elle existe, elle est due non à des adhérences utérines qui se relâchent et se rompent sous l'influence de la gravidité, mais à des adhérences solides qui unissent la vessie à l'épiploon et au rectum. La seule intervention vraiment utile dans ces cas est la cœliotomie qui n'entrave en rien l'évolution de l'œuf et met la mère à l'abri d'accidents mortels.

BIBLIOGRAPHIE

Alvarès de Lima. — Th. Paris, décembre 1897.

Amussat (J. Z.). — *Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse*, Paris, 1843.

Audebert. — Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide ; ptyalisme guéri par la réduction de l'utérus. *Revue obt. internat.*, Toulouse, 1897, III, 230-232.

Bailly. — Note sur un cas de rétroversion utérine puerpérale. *Arch. de tocol.*, Paris, 1874, I, 731-739.

Bamberger. — Ein Fall tœdtlicher endender Uræmie in Folge einer Retroversion der schwangern gebærmutter. *Beitr. z. geburtsk u. Gynæk.*, Würzb., 1855, II, 158-160.

Barnes. — *Leçons sur les opérations obstétricales* (trad. Cordes), Paris, 1873, p. 227.

Barth. — Rétroversion utérine à 4 mois de grossesse ; enclavement de l'utérus dans le petit bassin ; redressement par la main introduite dans le rectum. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1864, XXXVII, 449.

Baudelocque. — *Art des accouchements*, 3e édit., p. 126.

Bernutz. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes, 1888. *Archives de tocologie*, Paris, 1875, II, 1-8.

Billy (de). — *Journal de chirurgie*, 1845.

Bleynie. — *Gaz. des hôp. de Paris*, 1853, XXVI, 369.

— *Revue de thérap. méd.-chir.*, Paris, 1856, II, 145.

Boivin et Dugès. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris, 1853, p. 136 et suiv.

Boimont. — *Revue méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1897, XVII, p. 190-192.

Bouilly. — *Gaz. méd. de Paris*, 1861, 6 s. III, 755.

Bron. — *Gaz. des hôp. de Paris*, 1853, XXVI, 428.

Burns. — *Traité d'accouchements*, traduit de l'anglais sur la IXe édit., 1839, p. 180.

Cailletet. — *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*. Th. Paris, 1868, 134, t. III.

Charles. — *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse*, Paris, 1878.

Chaleix et Fieux. — *Congrès de Bordeaux* (août 1895). *J. de médecine de Bordeaux*, 1898, t. XXVI, 102.

Charpentier. — *Traité d'accouchements*.

Charpy. — *Archives de tocologie*, 1892.
— *Organes génito-urinaires*, 1890, p. 205 et suiv.
Cohnstein. — Die Behandlung beid Incarceration des retroflectirten graviden Uterus. *Arch. f. gynæk.*, Berl., 1888, XXVIII, 156-159.
Collyer (H. L.). — The Treatment of the Retro-displaced adherent uterus complicated by pregnancy. *New-York J. Gynäc. et Obst.*, 1894, V, 18-24.
Combarieu. — *Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide*. Th. Paris, 1885, t. V, 171.
Cottigny. — *De la rétroversion utérine pendant la grossesse*. Th. Paris, 1862, t. III, 174.
Courtois. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1864, XXXVII, 570.
Delbet (Pierre). — *Des suppurations pelviennes chez la femme*.
— *Traité de chirurgie*, t. VIII.
Depaul. — *Leçons de chir. obst.*, Paris, 1872, 6, 369-393.
— *Archiv. de tocolog.*, Paris, 1876, III, 9, 80, 145, 212, 705.
— *J. des sages-femmes*, Paris, 1878, VI, 170.
Duchamp. — *Loire médicale*, St-Etienne, 1884, III, 213-215 ; 1887, VI, 317-320.
Ducor. — *De la rétroversion utérine pendant la grossesse*. Th. Paris, 1879, t. XII, 49.
Dugès. — *Manuel d'obstétrique*, Paris, 1840.
Elleaume. — *Monit. des sc. méd. et pharm.*, Paris, 1860.
Franz. — Ein Fall von Bauschsnitt zur Aufrichtung der ruckwærts gebeugten und eingeklemmten Gebærmutter bei Schwangerschaft im VII Monat. *Munchener medicinische Wochenschrift*, 4 janvier 1898, p. 8-11.
France (de). — *De la rétroversion utérine pendant la grossesse au point de vue du traitement*. Th. Paris, 1874, t. V, 237.
Garin. — *Gaz. méd. de Lyon*, 1851, III, 149-159.
Godefroy (E.). — *De la rétroversion de l'utérus*. Th. Paris, 1858, t. VII, 86.
Godefroy (A.). — *Gaz. méd. de Paris*, 1857, 3e s., XII, 55.
— *Gaz. des hôp. de Paris*, 1859, XXXII, 214.
Gottschalk. — *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1894, XXVIII, 173-179.
Gosselin. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1860, XXXIII, 526.
Gougis. — Th. Paris, 1817, n° 26.
Hardouin. — Th. Paris, 1895, t. XVII, 333.
Hartmann. — *Congrès périodique internat. de gynéc. et obst.*, Cr. 2e s., Genève, 1897, Gynéc. II, 87-89.
Jacobs. — *Bulletin de la Société belge de gynéc. et d'obst.*, n° 2, t. 9, 1898, p. 24-32.
Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, Paris, 1846, p. 393.
Jayle et Lima. — *Revue de gynécologie*, Paris, 1897.

Lacroix. — Thèse d'agrégation, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1845, t. XIII.
Lefèvre. — Th. Paris, 1896, t. XXVI, 402.
Martin. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1857, XXX, 375.
Massart. — *J. des sages-femmes*, Paris, 1876-77, II, 340-342.
Négrier. — *Gaz. méd. Par.*, 3e s. XIV, 429-441.
Nerard. — *Mém. et compte-rendu Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1866-67, VI, 56-62.
Oui. — *Rev. prat. d'obst. et pédiatrie*, Paris, 1894, VII, 321-340.
Pinard et Varnier. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de gynéc.*, Paris, 1885, XXVI, 338 ; 1887, XXVII, 338.
Posanner (Gabriele). — Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi, complicirt mit hypertrophischer Elongation der Portio supravaginalis una perimetritischen Adhæsion. *Wien. med. Wochenschr.*, 1895, XIV, 1014-1018.
S. Pozzi. — *Traité de gynécologie*, Paris, 1897.
S. Pozzi. — *Revue de gynécologie*, 10 juin 1897.
Rendu. — *Revue clinique des malad. des femmes*, Paris, 1879, 39-44.
Reynier. — *Congrès internat. de gyn. et obst.*, Genève, 1896.
Salmon. — *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* Th. agrég. Paris, 1863.
Schuhl. — *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1894, XXVI, 115-119.
Schwartz. — *Ann. gyn. et obst.*, Paris, 1894, XIII, 241-247.
de Soyre. — *Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement*, Th. agrég. Paris. 1875, p. 173.
Tarnier et Budin. — *Traité de l'art des accouchements*, t. II, Paris, 1886.
Testût. — *Traité d'anatomie*, t. III, Paris, 1894, p. 1054 et suiv.
Tillaux. — *Annales de gyn. et obstét.*, décembre 1889.
Trovati. — *Pammatone*, Genève, 1897, nos 5-6-7, p. 3-15.
Varnier. — *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1889, XXXII, t. 2, 281-286.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).